

Année 1922

THÈSE

N°

136

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE PAR

AIMÉ DESTREMONT

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris
Ex-Moniteur d'accouchement et de gynécologie de la Faculté
Ancien Assistant d'équipe chirurgicale
Lauréat du Val de Grâce (1917) — Chevalier de la Légion d'Honneur
Décoré de la Croix de Guerre (6 citations)

CONTRIBUTION A L'ETUDE

DE LA

Tuberculose Tubaire

EN GÉNÉRAL

ET DE SES

FORMES FIBRO-PLASTIQUES

EN PARTICULIER

Président : M. le Professeur BRINDEAU

PARIS
LIBRAIRIE LE FRANÇOIS

91, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 91

1922

136

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1922

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE PAR

AIMÉ DESTREMONT

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris
Ex-Moniteur d'accouchement et de gynécologie de la Faculté
Ancien Assistant d'équipe chirurgicale
Lauréat du Val de Grâce (1917) — Chevalier de la Légion d'Honneur
Décoré de la Croix de Guerre (6 citations)

CONTRIBUTION A L'ETUDE

DE LA

Tuberculose Tubaire

EN GÉNÉRAL

ET DE SES

FORMES FIBRO-PLASTIQUES

EN PARTICULIER

Président : M. le Professeur BRINDEAU

PARIS

LIBRAIRIE LE FRANÇOIS

91, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 91

1922



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DOYEN DE LA FACULTÉ : M. ROGER.

Anatomie descriptive		MM.	NICOLAS.
Anatomie médico-chirurgicale			CUNÉO.
Histologie			PRENANT.
Anatomie pathologique			LETULLE.
Chimie			DESGREZ.
Physique			André BROCA.
Parasitologie			BRUMPT.
Bactériologie			BEZANÇON.
Physiologie			RICHEF.
Pathologie expérimentale			ROGER.
Pathologie et thérapeutique générales			Marcel LABBÉ.
Pathologie externe			LECENE.
Pathologie interne			RÉNON.
Pharmacologie			POUCHET.
Thérapeutique			CARNOT.
Opérations et appareils			Pierre DUVAL.
Hygiène			Léon BERNARD.
Médecine légale			BALTHAZARD.
Histoire de la médecine			MÉNÉTRIÉR.
			GILBERT.
Cliniques médicales	{	Hôtel-Dieu	ACHARD.
		Beaujon	CHAUFFARD.
		Cochin	WIDAL.
Clinique thérapeutique de la Pitié		Saint-Antoine	VAQUEZ.
		Hôtel-Dieu	HARTMANN.
Clinique chirurgicale	{	Saint-Antoine	LEJARS.
		Cochin	DELBET.
		Salpêtrière	GOSSET.
Clinique obstétricale	{	Tarnier	BAR.
		Baudelocque	COUVELAIRE.
		Pitié	BRINDEAU.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques			JEANSSELME.
— des maladies infectieuses			TEISSIER.
— des maladies nerveuses			P. MARIE.
— des maladies mentales			X.....
— infantile médicale			NOBÉCOURT.
— d'hygiène de la première enfance			MARFAN.
— infantile chirurgicale			Auguste BROCA.
— des voies urinaires			LEGUEU.
— gynécologique			FAURE.
— ophtalmologique			DE LAPERSONNE.
— oto-rhino-laryngologique			SEBILLEAU.
Physiologie appliquée à l'éducation physique			LANGLOIS, agrégé.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.	DESMAREST.	LAIGNEL-LAVASTINE	PHILIBERT.
ABRAMI.	DUVOIR.	LARDENNOIS.	RATHERY.
ALGLAVE.	FISSINGER.	LE LORIER.	RETTÉTER.
BASSET.	GARNIER.	LEMIERRE.	RIBIERRE.
BAUDOUIN.	GOUGEROT.	LEREBoullet.	RICHAUD.
BLANCHETIÈRE	GUENIOT.	LEQUEUX.	ROUSSY.
BRANCA.	GUILLAIN.	LERI.	ROUVIERE.
CAMUS (J.).	GUILLEMOT.	LÉVY-SOLAL.	SCHWARTZ.
CHEVASSU.	GRÉGOIRE.	MATHIEU.	TANON.
CHAMPY.	HEITZ-BOYER.	METZGER.	TERRIEN.
CHIRAY.	JEANNIN.	MOCQUOT.	TIFFENEAU.
CLERC.	JOYEUX.	MULON.	VILLARET.
DEBRÉ.	LABBÉ (H.).	OKINCZYC.	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

Faible témoignage de profonde affection et de sincère reconnaissance pour les sacrifices qu'ils ont consentis.

A MA FEMME

A MA SŒUR

MEIS ET AMICIS

A la mémoire vénérée de notre excellent Maître

MONSIEUR LE DOCTEUR LUCIEN PICQUÉ
Chirurgien de l'Hôpital Lariboisière,
Chirurgien en Chef des Asiles de la Seine,
Officier de la Légion d'Honneur.

Respectueux hommage de reconnaissance
pour l'accueil amical et la bienveillance qu'il
n'a cessé de nous témoigner.

A MES PREMIERS MAITRES :

Monsieur le Docteur R. BAUDET,
Chirurgien des Hôpitaux de Paris.

Monsieur le Docteur R. GRÉGOIRE,
Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris,
Chirurgien des Hôpitaux de Paris.

Messieurs les Docteurs LINÉ, MORTIER,
PETITEAU, MÉTIVET,

qui ont bien voulu pendant nos premières années
d'étude à l'Hôpital Bichat et à l'Hôpital Lari-
boisière nous donner tous les témoignages d'une
sincère amitié. Qu'ils reçoivent ici avec nos
remerciements l'assurance de notre plus pro-
fond attachement et qu'ils soient assurés de
toute notre reconnaissance.

A MES AUTRES MAITRES DANS LES HOPITAUX
DE PARIS :

Monsieur le Professeur TEISSIER,
Médecin de l'Hôpital Claude-Bernard;

Monsieur le Docteur BRAULT,
Médecin de l'Hôpital Lariboisière;

Monsieur le Docteur KLIPPEL,
Médecin de l'Hôpital Tenon;

Monsieur le Docteur THIERRY,
Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris,
Chirurgien de l'Hôpital Tenon;

Monsieur le Docteur RICHE,
Chirurgien de l'Hôpital Tenon.

A MES MAITRES
DANS LES FORMATIONS DE L'ARMÉE :

Monsieur le Professeur P. LECÈNE;

Monsieur le Docteur ROUX-BERGER;

Monsieur le Docteur PIAULET;

Monsieur le Docteur LERICHE;

Monsieur le Docteur DUBRISAY;

Monsieur le Professeur LEJARS.

Témoignage de profonde reconnaissance pour
la bienveillance qu'ils nous ont témoigné et les
conseils qu'ils nous ont donnés chaque fois que
nous avons dû remplir les fonctions délicates
de chef d'équipe chirurgicale.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR P. BAR,
Professeur de Clinique obstétricale
à la Faculté de Médecine,
Membre de l'Académie de Médecine,
Officier de la Légion d'Honneur.

Hommage respectueux de reconnaissance
pour l'intérêt qu'il voulut bien nous témoigner
en acceptant pendant 15 mois notre faible col-
laboration de Moniteur à la Clinique Tarnier.

A MONSIEUR LE DOCTEUR ROBERT DUPONT,
Ex-Interne des Hôpitaux de Paris,
Ancien Chef de Clinique à la Faculté,

en témoignage de profonde gratitude pour les
conseils qu'il n'a cessé de nous prodiguer pour
la rédaction de cette thèse.

A TOUS MES CAMARADES DE LA GUERRE,
OFFICIERS ET HOMMES
DU 87^e REGIMENT D'INFANTERIE.

A Monsieur le Général RAUCHER;
A Monsieur le Lieutenant-Colonel TRIBUILLET;
A Monsieur le Command^t DU BOUAY DE COUESBOUC;
A Monsieur le Commandant CUSSAC;
(In memoriam)
A Monsieur le Commandant LE DAVEZ;
(In memoriam)
A Monsieur le Commandant BOUTONNET.

A LA MEMOIRE DE MES CAMARADES

TOMBÉS A :

Florenville, Haussignemont, Blesmes, Fontaine-aux-
Charmes, Four de Paris, Mesnil-les-Hurlus, Ria-
ville, Les Eparges, Tranchée de Calonne, Ravin de
Sonvaux.

A MES CAMARADES DE CAPTIVITE
à Ingoldstadt et Grafenwöhr.

A MON PRESIDENT DE THESE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR A. BRINDEAU,
Professeur de Clinique obstétricale à la Faculté
de Médecine de Paris.

Avec tous nos remerciements pour le grand
honneur qu'il nous fait en présidant notre thèse.

HISTORIQUE

L'histoire de la tuberculose tubaire, qui se confond à l'origine avec celle de la tuberculose génitale, remonte à la première publication de Morgagni en 1744. Mais ce n'est qu'en 1825 que Louis publie ses recherches sur la phtisie et signale sa localisation génitale. Il semble bien que ce n'est qu'en 1831 que Reynaud apporte des faits indubitables de la présence de tubercules dans les organes génitaux de la femme. A partir de cette époque des cas assez fréquents sont signalés successivement par Senn (1831); Duparque et Seymour (183); Boivin et Dugès (1833); Nivet, Cruveilhier (1836); Kiwisch (1849); Geil (1851); Ch. Dufour (1854); Hutchinson (1857); Namias (1858); Bianco Guiseppe, Siredey, Crocq, Aran (1860); Bernutz, Pillaud (1861).

En 1865 P. Brouardel publie un travail d'ensemble reposant sur 45 observations, intitulé « De la tuberculisation des organes génitaux de la femme » (Thèse Paris 1865).

Dès lors, les observations se font plus nombreuses, tant en France qu'à l'étranger. Ce sont les publications de :

Pelvet (1865); Giraud (1868); Lépine, Virchon, Rokitawsky, Courty, Lebert, Gallard, Liouville (1873); Scauzoni (1875); Talamon, Tapret, Churchill, Olshausen (1878); Cayla, Verneuil (1880); Mossler, Trelat (1883); Fernet (1884); Spœth Verchère (1885).

En 1886, les monographies de Hégar, de Stuttgart, marquent le début de la période opératoire. A sa suite nous trouvons : Griffith, Fernet et Derville (1886); Cornil et Terrillon (1887); Montprofit, Cornil et Dobroklowski (1888); Terrillon, Daurios, Ménétrier, Thiercelin, Broca et les Rapports déjà nombreux du Congrès de Chirurgie de 1889; Winkel, Pic (1890); Alther-

tum (1891); Williams (1892); Bouilly, P. Riche (1893); Williams, Guillemain Wieland (1894); Orthman (1895); Meyer, Bouilly, Nelaton (1896); Violet, Daclin (1897); Beuvignon, Bulius (1898); Massia, J.-M. Popow, Fernandez (1899); Bernheim, Gorowitz, Mathieu, Posner, Beya, Le Dentu (1900); Cazeneuve, Fallenberg, Kundrat, Saxtorph, Tuffier (1901).

En réalité, la question de la tuberculose tubaire n'a commencé à prendre corps qu'à l'occasion du Congrès à Rome en 1902 où Amain, J.-L. Faure, Martin, Veit y exposèrent quatre rapports très documentés.

Depuis, bien que trop succinctement exposée dans les traités classiques de chirurgie et de gynécologie, la tuberculose de la trompe n'a pas cessé d'être d'actualité comme en font foi les nombreuses publications dont on trouvera la liste à l'index bibliographique.

Nous n'avons pas l'intention dans cette thèse de faire une étude d'ensemble de la salpingite tuberculeuse. Cette question a été étudiée dans ces dernières années de façon assez étendue, car, depuis que le laboratoire a conquis droit de cité en chirurgie, on s'est aperçu que les salpingites étaient plus souvent tuberculeuses qu'on ne le pensait auparavant. Nous verserions forcément dans la revue générale si nous voulions exposer tous les faits sur le même plan. Nous voulons mettre en relief certains points de la question qui nous ont paru être jusqu'ici restés dans l'ombre.

Dans l'*étiologie*, l'importance de l'état antérieur des organes malades n'a pas été, à notre avis, suffisamment étudiée : nous nous efforcerons de combler cette lacune.

L'*anatomie pathologique* nous a jusqu'ici appris, qu'il existait des formes suppurées, caséeuses et fibreuses. Ces formes fibreuses sont à notre sens par-

ticulièrement importantes et ce sont elles surtout que nous décrirons en les appelant « formes fibro-plastiques ».

La clinique nous paraît fort insuffisante, et les auteurs n'ont pas assez fouillé les renseignements donnés par elle, nous verrons qu'il est possible dans bien des cas de porter un diagnostic ferme de salpingite tuberculeuse.

Enfin au chapitre du *traitement* nous montrerons que l'hystérectomie abdominale sub-totale sans drainage est le traitement idéal de la salpingite tuberculeuse, contrairement à de nombreux auteurs qui préconisent les opérations partielles et le drainage.

ETIOLOGIE

FRÉQUENCE. — Déjà en 1865, Brouardel écrivait dans sa thèse inaugurale : « La phtisie retentit en effet avec une singulière fréquence dans les organes génitaux de la femme. Elle s'y manifeste par des lésions si fréquentes, catarrhales, inflammatoires et même tuberculeuses, que l'influence de la lésion locale, dans un grand nombre de cas, ne me semble pouvoir être niée ». Depuis, jusque dans les ouvrages les plus récents sur la tuberculose tubaire nous retrouvons cette affirmation. Mais l'unanimité sur cette question disparaît lorsqu'on essaye de s'appuyer sur des chiffres. Pour obtenir de bonnes statistiques, il faudrait que dans chaque service de chirurgie, de gynécologie et même de médecine, un examen complet soit pratiqué pour tous les cas de salpingites, avec confirmation histologique et bactériologie. Malheureusement les statistiques établies dans de bonnes conditions sont rares et ne portent le plus souvent que sur un nombre restreint d'observations. Nous devons nous contenter de donner ici des chiffres, dont la plupart se rapportent à des observations établies à une époque où le diagnostic de tuberculose tubaire était posé à

la simple inspection, devant des lésions énormes arrivées à la fin de leur évolution.

Fréquence absolue. — Les chiffres que nous donnons ici sont de peu d'intérêt et il serait illusoire d'en tenir rigoureusement compte pour se faire une idée de la fréquence absolue des salpingites tuberculeuses. Ils sont presque tous tirés de statistiques nécropsiques anciennes, où les lésions terminales étaient seules comptées, sous examen histologique systématique.

L. Von Hansemann sur 7.000 autopsies de femmes trouvé 18 tubercul. génit. soit 2,5 1.000									
Schramm.....	— 3.366	—	—	34	—	—	10	—	—
Simmonds.....	— 6.000	—	—	80	—	—	13	—	—
Merletti.....	— 6.000	—	—	206	—	—	34	—	—
Senn.....	— —	—	—	—	—	—	10	—	—
Winkel.....	— —	—	—	—	—	—	70	—	—
Edebohls.....	— —	—	—	—	—	—	40	—	—
Kelly.....	— —	—	—	—	—	—	15	—	—
Schakoff.....	— 6.784	observations	d'hospitalisées	43	—	—	6	—	—
Remilly.....	— 23.170	—	—	32	—	—	1,3	—	—

Fréquence par rapport aux autres localisations de la tuberculose établie d'après les lésions de tuberculose annexielle trouvées à l'autopsie de femmes mortes phtisiques.

Merletti.....	sur 6.000 autopsies trouvé 1.350 tuberculeuses	172 tubercul. génit.	126/1.000
Hansemann.....	dans une première série	15	—
—	dans une seconde série avec recherche systématique de la tubercul. génit.	54	—
Devic (in thèse Martin)		30	—
Schakoff.....		55	—
Targett.....		60	—
Berkeley.....		77	—
Schwann.....		30	—
Cornil.....		16	—
Stolfer (in R. G. de Jong)		205	—
Amann.....		200	—
Posner.....		300	—

Malgré la diversité de ces données, on peut se rendre compte de la fréquence des lésions tuberculeuses des organes génitaux chez les femmes mortes phtisiques. Il semble bien que ces lésions soient beaucoup plus fréquentes chez la femme que chez l'homme, puisque Amann en 1902 trouva chez des individus morts phtisiques :

30/1000 de tuberculose génitale chez les hommes;
200/1000 de tuberculose génitale chez les femmes.

Fréquence par rapport aux autres annexites. — La notion de cette fréquence est beaucoup plus intéressante pour le chirurgien. Elle est le résultat de la chirurgie moderne qui permet de reconnaître des tuberculoses tubaires méconnues cliniquement. Néanmoins les chiffres que nous donnons sont encore au-dessous de la vérité, car ils sont basés le plus souvent sur le seul examen macroscopique qui est trompeur et insuffisant. Il est évident que l'examen histologique de maintes annexites supposées banales en montrerait la nature tuberculeuse. Mais il faut aussi se rappeler que des annexites banales peuvent présenter un aspect macroscopique tel que la tuberculose semble évidente alors qu'il n'en est rien.

Martin....	pour 100 annexites opérées	trouve	2	salpingites tuberculeuses		
Pozzi.....	—	—	—	1	—	—
Mauclore.	—	—	—	2	—	—
Andrews..	—	—	—	12	—	—
Jones....	—	—	—	10	—	—
Goodall...	—	—	—	18	—	—
A. Polosson	—	—	—	13	—	—
Beyea.....	—	—	—	18	—	—
Minge....	—	—	—	10	—	—
Rives.....	—	—	—	10	—	—
Labhardt.	—	—	—	11.5	—	—
Hartmann (in Th. Romilly)	—	—	—	3.5	—	—
Jamin et Violet	sur 56	—	—	5	—	soit 8/100
Villiams	— 91	—	—	7	—	— 7 —
Rosthorn	— 103	—	—	7	—	— 7 —
Penrose et Beya	— 55	—	—	9	—	— 16 —

On voit donc qu'à l'heure actuelle, la salpingite tuberculeuse est loin d'être rare, et qu'un chirurgien averti en trouvera plusieurs cas dans le courant d'une année. J.-L. Faure et Siredey dans leur pratique d'une année en ont trouvé 15 cas. Delore et Chaliier croient à un pourcentage dépassant 10 pour cent, quoique quelquefois il puisse se présenter des séries particulièrement riches en annexites tuberculeuses. Ces derniers auteurs rapportent en 1920, que, dans leurs dix dernières opérations pour salpingites, se trouvent cinq salpingites tuberculeuses vérifiées histologiquement. Aussi se défendent-ils de

vouloir insinuer que, d'une façon générale, la tuberculose se rencontre à l'examen microscopique dans 50 p. 100 des salpingites opérées.

Fréquence par rapport aux autres tuberculoses génitales. — En 1902, J.-L. Faure écrivait qu'« en pratique la tuberculose génitale de la femme se réduit à la tuberculose des annexes ». Cette affirmation est encore vraie aujourd'hui et confirmée par les chiffres que nous donnons ici :

Kraemer (Mauclaire)	sur 257 tuberc. génét. trouvé 122 salpingites tub. soit . .	47/100
Winckel		50 —
Simmonds		87 —
Goodall		90 —
Rives		90 —
Spaeth		86 —
Herbery et Germain		70 à 80 —
Verneuil	sur 94 —	54 — 54 —
Daurios	— 72 —	64 — 88 —
Merletti	— 172 —	157 — 85 —
Meyer	— 67 —	55 — 82 —
Targett		90 —
Labhardt		95 —
Remilly	— 32 —	29 — 90 —

AGE. — La tuberculose tubaire se rencontre à tous les âges, puisque dans la littérature on la trouve mentionnée chez des enfants de 8 semaines (Lebert), 10 semaines (Brouardel, Andrews), 1 an (Constensoux) et d'autre part chez des femmes âgées de 79 ans (Kiwisch), 78 ans (Gombault), 84 ans (Cornil, Andrews). Delore et Chalié en ont observé un cas à 60 ans. Mais ce sont là des exceptions que l'on compte, car comme l'avaient déjà remarqué les anciens auteurs, la tuberculose tubaire est essentiellement une maladie de la vie sexuelle, de « la vie utérine » comme le disait Brouardel.

C'est surtout de 15 à 45 ans que s'observe cette

lésion, avec un maximum de fréquence très net chez les jeunes filles ou jeunes femmes de 20 à 30 ans, comme l'indique le tableau suivant.

AUTEURS	KIWISCH 1849	W. GEIL 1851	BROUARDEL 1863	REMILLY 1920	BERTRAND	OLIVIER	CHAUFON	BONNAUD	de ROUVILLE	ABADIE	ALBERTIN	JAMIN VIOLET	DUPONT		RIVES	LABHARDT
0 à 10 ans			6				7							13	15	
10 à 20 —	1	4	7	2	1	20	8	5	1	1		1		51		
20 à 30 —	2	16	20	20	7	64	35	17	2	1	3	3	1	191	224	53
30 à 40 —	4	9	9	8		31	12	4					4	81		
40 à 50 —	2	7	3	7		9	5	1					1	35		
50 à 60 —	3	3	2			1								9	14	
60 à 70 —	1	6	2											9		
70 à 80 —	1		2				1							3		
	14	45	51	37	8	125	68	27	3	2	3	3	6	392	253	100

En tenant compte des statistiques de Rives et de Labhardt, données dans les 2 dernières colonnes, on voit que sur un total de 745 observations, près de 650 cas se rapportent à des femmes âgées de 15 à 45 ans, avec maximum de 20 à 30 ans : 244 cas sur 492 observations.

ANTÉCÉDENTS HÉRÉDITAIRES. — Il ne peut être question pour nous de faire de la tuberculose tubaire une affection héréditaire. La tuberculisation s'effectue chez ces malades comme chez les autres tuberculeux, non pas par hérédité mais par contagion, en raison du contact permanent avec des parents tuberculeux ou autres semeurs de bacilles. Aussi est-il possible de trouver une tuberculose relativement fréquente chez

les parents ou collatéraux des malades atteintes de tuberculose tubaire.

Remilly dans sa thèse, sur 32 observations, donne les chiffres suivants :

8 malades ont un frère ou une sœur mort de tuberculose;

1 — un grand-père;

1 — un père.

Soit un pourcentage de 30/100 environ.

Ce sont là des chiffres nettement insuffisants car il s'agit d'un travail composé d'observations anciennes.

Dans les 6 observations inédites que nous apportons dans cette thèse, nous trouvons 2 malades dont les antécédents héréditaires sont négatifs. Par contre les 4 autres cas sont particulièrement intéressants. Dans une observation nous trouvons :

1 père semeur de bacille;

7 frères et sœurs dont :

2 bien portants qui vivent en dehors de la famille,

5 morts, dont 2 de méningites.

Une autre fois la malade a été mariée à un premier mari mort de phtisie.

La troisième malade a perdu son mari d'une affection pulmonaire aiguë.

Enfin la quatrième malade a un frère et une sœur soignés pour tuberculose pulmonaire.

Soit, sur cette courte série de 6 malades, un pourcentage de 60 % de tuberculose nette chez les parents ou collatéraux.

S'il n'existe pas d'hérédité tuberculeuse au sens

strict du mot (comme tendraient à le faire croire les travaux de Schmorl et Kobel, Bugge, et Baumgarten), l'accord est presque unanime pour admettre l'existence d'une prédisposition héréditaire à contracter la tuberculose. Cette hérédo-dystrophie paratuberculeuse (Mosny et L. Bernard) se manifeste parfois par divers stigmates au niveau des différents organes (débilité congénitale, malformations congénitales, rétrécissement de l'artère pulmonaire, aplasie artérielle diffuse, chlorose, habitus tuberculeux). Lorain a décrit un type d'infantilisme qui s'accompagne, en réalité, d'insuffisances glandulaires multiples (testicule, ovaire, etc.) et qui s'observe chez les sujets de souche tuberculeuse.

Or cette empreinte de souche tuberculeuse a été remarquée par nombre de chirurgiens, sous forme d'états hypoplasiques de l'appareil génital, qui présente aussi une condition favorable à la germination sur place des produits tuberculeux (Voigt). A notre avis il n'a pas été assez tenu compte de l'importance des chiffres suivants :

Merletti sur 500 autopsies de tuberculeuses, trouve
 80 hypoplasies génitales, dont
 24 tuberculoses annexielles.

Hégar sur 19 malades atteints d'hypoplasie génitale, en
 9 qui ont des antécédents tuberculeux et
 2 qui ont des lésions tuberculeuses acquises.

Meayer sur 60 hypoplasiques, en trouve
 23 dont l'hérédité tuberculeuse est patente et
 19 qui se sont tuberculisés.

Labhardt sur 100 opérées pour tuberculose génitale trouve
24 hypoplasies dans les annexites seules,
15 hypoplasies dans les annexites compli-
quées de péritonite.
22 hypoplasies dans les péritonites seules.

Il y a donc une relation évidente entre la tuberculose tubaire et l'état hypoplasique de l'appareil génital.

Pour expliquer ces faits on peut, avec Arloing, invoquer l'imprégnation de l'organisme du fœtus par les produits toxiques émanés du bacille tuberculeux de la mère, et accepter la prédisposition du terrain créé par la souche tuberculeuse. Au contraire, on peut, avec Poncet et Leriche, ne voir là qu'un effet d'une tuberculose déjà existante.

« Il semble que la tuberculose ait un rôle dystrophique et qu'elle gêne le développement normal de l'utérus et de ses annexes. Il en résulte que la prédisposition des hypoplasies à la tuberculisation générale ne doit pas être rattachée à la chétivité de leur appareil génital : elle vient de ce qu'elles sont déjà tuberculeuses en quelque point : l'hypoplasie est elle-même fonction de leur infection ». (Poncet et Leriche.)

Evidemment ce sont là des vues de l'esprit qui ne cadrent pas avec les données classiques et qui sont loin d'être acceptées par tous. Pour nous il ne saurait être question de prendre parti pour ou contre ces théories qui dépassent de beaucoup le cadre de cette étude.

Il y a un fait néanmoins sur lequel nous insistons tout spécialement, fait qui découle des chiffres cités plus haut, et qui montre que la tuberculose évolue

avec prédilection sur les organes génitaux hypoplasés.

ANTÉCÉDENTS PERSONNELS. — On n'y trouve, en général, que l'énumération des maladies banales de l'enfance, parmi lesquelles reviennent plus souvent la rougeole, la scarlatine, la coqueluche, du rhumatisme, maladies considérées par beaucoup comme prédisposant à la tuberculose. Cependant, par un interrogatoire plus minutieux, on découvre souvent une première atteinte de tuberculose sur un organe, soit paraissant guéri, soit encore en évolution. C'est le souvenir d'une pleurésie, d'une laryngite, de bronchites répétées et suspectes, d'hémoptysies, d'adénites ou de phénomènes entéritiques.

Ainsi Remilly sur 32 malades trouve trace douze fois de lésions bacillaires antérieures : 4 fois une pleurésie, 1 fois une laryngite, 3 fois des bronchites suspectes, enfin 4 fois des lésions pulmonaires à évolution constatée cliniquement.

Bertrand sur 7 observations trouve dans un cas l'histoire d'une atteinte péritonitique ancienne, dans un autre des bronchites et rhumes répétés, enfin dans un troisième cas des hémoptysies.

Jamin et Violet sur 5 observations dénombrent 1 hémoptysie, 1 pleurésie, 1 sommet; la quatrième malade avait eu la rougeole et la variole.

Dans les cas publiés par Albertin on trouve dans les antécédents : rougeole, grippe, appendicite, adénite.

D'autres fois il s'agit d'abcès froid. C'est le cas de la malade de Pewsner qui présenta une tumeur blanche du coude plusieurs années avant l'apparition clinique d'une tuberculose tubaire.

Certains ont voulu faire jouer un rôle aux infections diverses, aux intoxications, à la syphilis, aux auto-intoxications, à l'artériosclérose. Ce sont là peut-être des déductions

logiques, mais qui ne reposent sur aucun fait clinique observé dans les nombreuses observations que nous avons consultées.

Dans les 6 observations que nous publions, nous trouvons dans les antécédents, chez une malade une tumeur blanche, chez une autre une congestion pulmonaire grave. Une troisième s'enrhume facilement, a eu souvent des congestions et, de plus, une broncho-pneumonie grippale. La quatrième malade a eu, dans l'enfance, rougeole et scarlatine. Pour les 2 autres malades, on ne trouve rien de spécial.

INFLUENCE DU PASSÉ GÉNITAL. — Il est un fait bien constaté : c'est la fréquence de la tuberculose tubaire au moment de la *puberté*. Cet âge est du reste assez difficile à déterminer avec précision. Mme Francillon fixe la date d'apparition habituelle des premières règles, à Paris, de 12 à 17 ans. En général les malades atteintes de salpingites tuberculeuses sont réglées dans cette limite. Cependant, dans de nombreuses observations, l'apparition des premières règles est tardive, et cette constatation concorde assez avec nos réflexions précédentes sur l'état hypoplasique si souvent constaté. L'apparition de la tuberculose tubaire à cette époque ne doit pas nous étonner. Ce qui doit nous surprendre, au contraire, c'est que nous ne trouvions pas plus souvent la tuberculose tubaire à cette époque où tout l'appareil génital subit une évolution active faite de congestions intenses et est en plein développement physiologique. Il y a là quelque chose de comparable à l'état du système osseux chez l'en-

fant, et la localisation de la tuberculose au niveau de ces lieux de moindre résistance apparaît assez logique. Nous verrons plus loin combien lente est l'évolution de la salpingite tuberculeuse et cela nous permettra de supposer que, dans nombre de cas, le début d'une tuberculose tubaire, cliniquement décelée vers 20 ou 25 ans, peut remonter à l'époque de la puberté.

Un autre facteur, invoqué dans presque tous les ouvrages, est la *puerpéralité*.

Sans nier entièrement son influence sur la résistance de l'organisme, nous ne pensons pas que la grossesse ou la parturition puissent jouer un rôle d'appel pour une localisation salpingée de la tuberculose. Notre idée est qu'il se produit là le même phénomène que pour la tuberculose pulmonaire : la grossesse décèle ou aggrave une tuberculose préexistante.

En parcourant les différentes observations nous sommes frappés de la rareté relative des grossesses antérieures.

Au contraire, il est impossible de ne pas remarquer que dans presque toutes les observations de tuberculose tubaire on retrouve une de ces mentions : jeune fille vierge, ou jeune femme n'ayant eu ni grossesse, ni fausse couche, sans passé génital.

Parmi les 29 malades de Remilly, 22 n'avaient eu ni enfants, ni fausse couche.

Nos 6 observations, dont plusieurs concernent des femmes âgées de plus de 30 ans et mariées depuis

plusieurs années, n'accusent ni grossesse ni fausse couche.

Nous ne pensons donc pas que la grossesse puisse localiser la tuberculose sur la trompe. Par contre, lorsqu'elle survient par exception, il faut y voir une sérieuse aggravation, comme tendrait à le prouver la statistique publiée par Wolff de Heidelberg en 1913:

Sur 82 femmes porteuses de trompe tuberculeuse

54 étaient mariées, dont

39 avaient eu des enfants et pour

16 d'entre elles le dernier accouchement ne remontait pas à plus de 2 ans, ce qui pour Wolff confirme l'action néfaste de la maternité chez les prédisposées.

Il est un autre fait qui montre que l'influence du passé génital est loin d'être nécessaire : c'est la fréquence de la salpingite tuberculeuse chez les vierges. Rives pensait que cette affection se rencontrait dans la proportion de 10 % chez les jeunes filles vierges. Delore et Chalier écrivent que la tuberculose a presque seule le privilège des annexites virginales. Remilly obtient le pourcentage de 2 vierges sur 27 salpingites, soit 7,5 %.

Il paraît si logique que la *gonococcie* fasse le lit de la tuberculose que partout un long développement s'y trouve consacré. N'est-il pas tentant de penser que le bacille de Koch succède dans la trompe au gonocoque comme cela se produit dans la vessie ou l'épididyme. Aussi de nombreux auteurs abondent dans ce sens. Delore et Chalier pensent qu'il n'est pas rare de constater que le bacille de Koch s'associe à

d'autres microbes : gonocoques, streptocoques, colibacilles, tétragène, etc., avec lesquels il ne paraît pas « faire mauvais ménage ». Jayle, en 1913 accorde une importance capitale à ces associations. Or, les observations où cette association ou cette succession a été constatée sont rares et se résument aux publications de Peraire, Williams, Saulmann, Menge, Schuchardt et Jayle (cités par Delore et Chaliér).

Nous ne voulons retenir que ce fait : sur les quelques 500 observations consultées par nous, jamais nous n'avons trouvé mention d'une blennorrhagie antérieure ou concomittante.

A notre avis, il ne faut pas voir là un simple oubli, car lorsque l'on suppose une trompe malade, l'attention est trop attirée du côté des affections gonococciques. Nous y voyons une véritable indication qu'avaient déjà reconnue Albertin, Forgue et Masabueau, à savoir :

La tuberculose se développe sur la trompe de jeunes filles ou de jeunes femmes, de souche tuberculeuse, au moment de l'éveil ou pendant la première partie de leur vie génitale, et ne présentant dans leurs antécédents qu'exceptionnellement une grossesse, rarement une fausse couche, presque jamais de blennorrhagie.

Il faut aussi se rappeler que la plupart des observations se rapportent à des femmes du peuple, qui sont venues consulter à l'hôpital. Or on sait quelle est la fréquence de la blennorrhagie chez les femmes de cette classe, et il est d'autant plus étonnant de

constater presque toujours l'absence de tout passé gonococcique chez celles qui ont une tuberculose tubaire.

Routier, de son côté, se demandait pourquoi si peu de femmes, en proportion, présentaient le syndrome de tuberculose génitale, en face de la multitude d'individus porteurs de lésions tuberculeuses.

Il semble que loin de « faire le lit de la tuberculose » la blennorrhagie produise peut-être, au contraire, des lésions peu favorables au développement du bacille de Koch.

PATHOGENIE

Peut-on expliquer l'électivité de la tuberculose pour la trompe ?

Pour les uns, les raisons sont d'ordre anatomique : la situation même de la trompe, sa direction horizontale avec déclivité fréquente de la partie moyenne, sa forme sinueuse, la nature de sa muqueuse dont les hautes arborescences séparent des sillons profonds, anfractueux, qui favorisent la stase vasculaire et excrétrice. D'autre part l'épithélium n'est pas soumis comme celui de l'utérus à des mues menstruelles.

Pour Jacobson et Donders, il y a un territoire très mal desservi aux confins de la branche tubaire de l'utérine et de la branche tubaire de l'ovarienne; les artérioles très ténues qui irriguent la trompe sont un peu spéciales au point de vue de la pression sanguine, de la quantité, du volume des vaisseaux nourriciers. Il semble à ces auteurs que les infections sanguines soient de ce fait favorisées.

Amann compare ce territoire avasculaire aux os ou au sommet du poumon.

Chaufton reprend la première partie de cette comparaison et pense que « la tuberculose se localise au

bassin chez la femme adulte comme chez les jeunes sujets elle se localise à l'épiphyse osseuse, toujours dans une région hyperhémiee ».

Second remarque que le bacille de Koch chez les vierges trouve un terrain propice à sa pullulation par des trompes enflammées, congestionnées par l'établissement de la fonction menstruelle.

Jayle insiste sur le rôle des lésions inflammatoires banales antérieures ou des associations. Dans le chapitre précédent nous avons déjà dit ce que nous pensons de cette opinion.

Pour nous, nous ne saurions passer sous silence deux facteurs particulièrement importants. C'est, d'une part, les troubles physiologiques auxquels est soumise la trompe d'une façon incessante : les congestions de la puberté, de la menstruation, auxquelles peuvent très accessoirement s'ajouter des altérations transitoires ou permanentes dues à la grossesse ou aux inflammations banales.

D'autre part, et surtout, c'est le facteur des malformations et des états hypoplasiques, dont nous avons donné plus haut des chiffres qui nous semblent convainquants, et sur lequel Hegar Sippel, Freund avaient déjà attiré l'attention.

Quelle voie suit le bacille de Koch pour infecter la Trompe ?

C'est là une question qui, depuis plus de cinquante ans, soulève les controverses les plus variées et nous

amène à cet autre point d'interrogation : la tuberculose tubaire est-elle primitive ou secondaire ?

Nous éliminerons d'abord ce second point, pour le peu d'intérêt qu'il soulève à l'heure actuelle où la pathogénie de la tuberculose de la trompe semble suivre la même voie que celle de la tuberculose urinaire.

Amann nie presque l'existence de la tuberculose génitale primitive.

J. Veit la croit extrêmement rare et de toutes les observations publiées comme salpingites tuberculeuses primitives, n'en retient que 10 indiscutables (7 cas de Orthmann, 2 cas de Everke, 1 cas de Turner).

Cette opinion a été partagée plus récemment par Targett, Rosenstein, les élèves de Pollosson (Jamin, Violet, Martin) Oberndorfer. Goodall pense que « peut-être pas une annexite tuberculeuse sur cent n'est primitive en théorie ».

Macnaughton-Jones, Simmonds, Lenormant sont du même avis.

Mais avant d'arriver à cette unanimité, l'opinion contraire fut longtemps soutenue par Margarucci, Krzwiicki, Ojemann, Schramm, Mosler pour lesquels la tuberculose tubaire étaient primitives dans 12, 77, 50, 7 et 20 pour cent des cas.

A cette époque où la tuberculose tubaire était considérée comme le plus souvent primitive, on admettait aussi comme voie d'apport du bacille la plus fréquente la *voie génitale ascendante* comme pour la plupart des autres salpingites, et de nombreuses observations en furent publiées comme preuve irréfutable.

Les partisans de cette théorie multipliaient les causes d'apport du bacille de Koch dans les voies génitales. Les germes tuberculeux pouvaient être amenés de l'extérieur par le linge, les instruments contaminés (Duhrsen, Jacobs), le doigt du médecin ou de la sage-femme.

D'autres, avec Conheim (1882); Verneuil, Fernet (1883); Derville (1885), admirent l'origine sexuelle de la tuberculose génitale; soit qu'il s'agisse d'une verge saine par elle-même, mais contaminée, par de la salive (cas de Hammer) par le

contact avec un périnée porteur d'une fistule tuberculeuse ou souillé par les germes provenant d'une entérite bacillaire (infection primitive secondaire de Pozzi) ou par des crachats déglutis. Dans un cas publié par Tédénat, en 1905, on incriminait un gland porteur d'une ulcération bacillaire serpigneuse.

D'autres fois on pensait qu'il s'agissait d'un apport direct de sperme bacillifère : soit le sperme d'un phtisique comme l'ont démontré les travaux de Landouzy et Martin ; soit le sperme provenant d'un testicule ou d'une vésicule tuberculeuse ; soit le sperme contaminé en traversant un urètre lui-même chargé de bacilles d'origine urinaire.

Gartner, Cornil, Mlle Porowitz ont essayé de confirmer expérimentalement ces hypothèses. Ils ont été amenés à considérer cette voie comme exceptionnelle puisqu'ils n'ont pu obtenir une infection génitale tuberculeuse en déposant des germes tuberculeux en tels ou tels points du tractus génital qu'après avoir traumatisé la muqueuse.

Nous donnons ici un résumé du cas personnel publié par A. Routier dans sa thèse (1909). C'est le dernier auteur à notre connaissance qui ait soutenu cette théorie. Quoique ce cas soit souvent invoqué, il est pour nous rien moins qu'incertain.

Obs. 1. — Il s'agissait d'une femme âgée de 34 ans, ayant eu 6 grossesses normales et qui présentait une tuberculose folliculaire typique siégeant dans la muqueuse utérine. Pour affirmer l'origine externe, Routier se base sur

- a) Les altérations tuberculeuses se trouvent dans la muqueuse d'autant plus accentuée qu'on se rapproche de la cavité utérine ;
- b) Le mari a subi une castration unilatérale pour tuberculose épididymaire diffuse.

Mais,

- 1. Il n'y a pas eu d'autopsie ;
- 2. Le père était mort probablement de phtisie à 44 ans ;
- 3. Il s'agit d'une lésion purement utérine.

En réalité, il n'est pas possible de rejeter complètement l'hypothèse de l'origine sexuelle ou ascen-

dante de la tuberculose tubaire. Mais il s'agit en tout cas, pour nous, d'une rareté.

Nous n'admettons guère non plus la *voie péritonéale* dont Tedenat (1905) et Goodall (1907) se sont montrés les défenseurs. Lorsque nous trouvons une appendicite et une péritonite associées, l'idée nous vient-elle d'accuser le péritoine d'avoir infecté secondairement l'appendice ? Donc, lorsqu'il y a péritonite et salpingite tuberculeuses associées, c'est la trompe qui est la première atteinte. Bouilly, Leuret, Gorowitz ont montré depuis longtemps que, dans les cas de péritonite bacillaire cliniquement isolée, la trompe était atteinte dans la proportion de 30 % pour Haene, 50 % pour Targett.

La *voie lymphatique* ne ralliera pas plus notre assentiment. Peut-être la circulation lymphatique peut-elle être incriminée lorsqu'il existe des brides ou des adhérences avec les organes voisins. Andrews et Simmonds croient avoir vu la tuberculose tubaire succéder à une tuberculose vésicale.

Cuturi, en 1910, a étudié spécialement l'infection par contiguité et a montré que si la vessie dans certaines conditions pouvait devenir tuberculeuse lorsqu'elle était en contact avec une salpingite bacillaire, l'inverse était impossible; le bacille de Koch ne pourrait traverser la paroi vésicale que de dehors en dedans. Néanmoins les faits invoqués par Simmonds et Andrews ne correspondent qu'à des cas exceptionnels. Des expériences de Cuturi nous pouvons tirer une explication pour les rares formes de cystite tuber-

culeuse secondaire à la tuberculose de l'appareil génital, car nous pensons que les troubles de la miction si souvent accusés par les malades sont bien plutôt dus aux altérations congestives de la vessie qui s'observent chez les femmes atteintes de lésions utérines ou annexielles.

Il est certainement plus logique d'incriminer la voie lymphatique lorsque les trompes se trouvent en contact médiat ou immédiat avec une partie de l'intestin, en particulier avec l'appendice ou le rectum. Mais ce n'est pas au bacille de Koch que cette voie livre passage, bien que récemment T. Silvestri ait attiré l'attention sur la fréquence de la concomittance de la tuberculose et de l'appendicite. Pour nous, la voie lymphatique n'entre en jeu que pour amener les microbes de la flore intestinale, et c'est dans ce cas, qui constitue à notre avis un des gros dangers de la salpingite tuberculeuse, que l'on a une des formes associées de tuberculose tubaire.

Nous donnons ici une observation de R. Keller (1912), présentée comme tuberculose primitive des trompes et où la présence de streptocoques semble confirmer ce que nous venons de dire.

OBS. 2. — Observation publiée par R. Keller. Arch. F. Gynäk, 1912, XCVIII, 2.

Femme de 42 ans, un peu débile, mais dont le passé pathologique est absolument négatif. Depuis 2 ans elle avait des douleurs abdominales et des pertes blanches. De chaque côté de l'utérus existaient en effet des tuméfactions annexielles dont les dimensions étaient égales ou presque égales à un œuf de poule.

A l'opération on trouva les deux trompes incluses dans des adhérences nombreuses; en libérant l'une d'elles il s'épanche du pus dans lequel l'examen bactériologique révéla des streptocoques.

La patiente succomba le dixième jour à une péritonite. En dehors de la région abdominale et des lésions de la péritonite qu'on y rencontra l'autopsie fut complètement négative.

L'examen microscopique des trompes montra que la tuberculose avait envahi la muqueuse, surtout vers leur extrémité libre, et partiellement la musculuse.

F. Jayle, en 1913, publia également des observations de salpingites tuberculeuses, infectées secondairement de coli et de tétragènes, qui avaient vraisemblablement emprunté la même voie.

Mais la véritable voie de tuberculisation de la trompe, c'est presque uniquement la *voie sanguine*. Déjà Villemain aurait obtenu, chez une lapine, une salpingite tuberculeuse par injection intraveineuse de produits tuberculeux. Actuellement on admet la présence, dans l'organisme, d'un premier foyer soit ganglion trachéo-bronchique, soit ganglion mésentérique, par exemple. De ce foyer primitif les bacilles charriés par le sang vont coloniser une autre partie de l'organisme, la trompe dans le cas qui nous intéresse, l'épiphyse osseuse chez l'enfant, une articulation chez l'adolescent, le rein, le testicule, les méninges chez l'adulte. On comprend que les foyers primitifs passent souvent inaperçus. D'autres fois il y a un stade intermédiaire. Après la porte d'entrée ganglionnaire se crée un foyer viscéral, pulmonaire ou intestinal qui pourra être le point de départ d'embolies bacillifères. Cette hypothèse admise par tous actuel-

lement est un nouvel argument pour rejeter la théorie de la primitivité de la tuberculose tubaire.

En résumé, s'il est impossible de rejeter complètement la possibilité de tuberculisation par les voies génitale, péritonéale, lymphatique, la voie sanguine est la plus logique et est la seule en faveur de laquelle plaident des arguments d'ordre clinique, anatomique et expérimental.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

SIÈGE. — Le siège de prédilection de la tuberculose tubaire a été remarqué dans les plus anciennes observations. C'est au niveau de la portion ampullaire que les lésions semblent se localiser tout d'abord. Nous remarquerons que c'est cette partie du canal tubaire qui présente les plis les plus abondants, les plus touffus, les plus grêles. La lumière en est réduite au maximum et n'est plus formée que d'une série de canalicules étroits, plus ou moins parallèles, se terminant fréquemment en culs de sac si favorables au développement de l'infection. D'autre part, Bouin et Simon ont montré que cette partie externe de la trompe présentait une activité sécrétoire beaucoup moins marquée que la partie interne.

Remilly, dans ses 29 observations, n'a vu qu'une seule fois la partie isthmique atteinte.

Dans nos 6 observations, c'est toujours la partie externe qui est atteinte.

UNI OU BILATÉRALITÉ. — Une question importante pour le chirurgien est de savoir si les lésions sont uni ou bilatérales. Terrillon considérait l'unilatéralité des

lésions comme un bon signe de tuberculose. Mais, depuis que les examens anatomo-pathologiques sont devenus plus fréquents, la bilatéralité est admise presque unanimement.

Evidemment les lésions, lorsqu'elles sont décelables macroscopiquement, ne sont pas en général développées au même degré; mais, même lorsqu'une seule trompe semble atteinte, le microscope montre également la participation de la trompe d'apparence saine.

A. Pollosson et Martin trouvent la bilatéralité	55 fois	p. 100
Rives	—	85 —
Schramm	—	80 —
Lahbardt	—	82 —

Pour Wolff, les lésions tuberculeuses sont presque toujours bilatérales. Pour Rosthorn, c'est la règle. Enfin lorsqu'une seule trompe semble atteinte, l'autre serait également tuberculeuse dans la proportion de 9/10^e pour Simmonds.

Dans les 6 observations que nous rapportons, nous trouvons 5 fois des lésions bilatérales.

A l'appui de cette fréquence de la bilatéralité des lésions, nous citerons la statistique de Baisch qui, sur 23 opérations unilatérales, vit survenir 5 récidives. Nous pensons que ce chiffre n'indique pas assez l'unilatéralité des autres salpingites, car il est possible que l'intervention sur les trompes macroscopiquement atteintes ait influé favorablement sur d'autres trompes d'apparence saines, mais que le microscope aurait démontrées tuberculeuses. Cependant certains chirurgiens croient encore que l'unilatéralité des lésions

est assez fréquente et se basent sur cette affirmation pour préconiser le traitement unilatéral. Nous verrons au chapitre « Traitement » ce que nous en pensons.

FORMES ANATOMO-PATHOLOGIQUES. — Il n'entre pas dans le cadre de cette étude de répéter toutes les classifications qui ont été décrites successivement par Williams, Merletti, Martin, Chaufton, Violet, Lea, Richelot, Bertrand, Jayle, Remilly et Patel.

L'abondance des descriptions et la dissemblance des formes admises par les auteurs s'expliquent par la variété des aspects anatomiques de la tuberculose tubaire. De nombreux facteurs concourent à créer cette diversité : la durée de l'affection, le terrain sur lequel elle évolue, la virulence du bacille, etc.

Nous pensons qu'il est logique de décrire d'un côté les tuberculoses ayant tendance à suppurer et aboutissant à l'abcès froid, et d'un autre côté celles évoluant vers la transformation fibreuse et constituant les formes fibro-plastiques. Ce que nous pourrions condenser dans le schéma suivant, en considérant que chacune des formes peut évoluer avec ou sans participation du péritoine.

Tuberculose tubaire	Tendance caséuse	Salpingite caséuse	} tuberculose péritonéale avec ou sans
		— suppuré : pyosalpinx	
	Tendance fibreuse	Salpingite atrophique	} tuberculose péritonéale
		— hypertrophique	
		Hydrosalpuix	
		Formes fibro-plastiques	

Les premières formes, les plus anciennement constatées, ont été particulièrement bien décrites.

Les deuxièmes formes sont beaucoup moins bien décrites et c'est de celles-là surtout que nous parlerons.

ASPECT MACROSCOPIQUE DE LA TROMPE DANS LES FORMES FIBRO-PLASTIQUES.

Aspect extérieur. — La trompe tuberculeuse peut présenter les aspects les plus variés.

Quelquefois rien, à première vue, ne permet de supposer une lésion tuberculeuse. L'aspect est celui d'une trompe atteinte d'une affection banale, gonococcique ou autre. C'est dans ce cas que l'on passe fréquemment à côté de la tuberculose et où l'examen histologique et bactériologique peut seul faire le diagnostic. C'est, comme le dit Remilly, une annexite histologiquement tuberculeuse.

Parfois, on trouvera une *salpingite atrophique*. La trompe est mince, longue, décolorée, blanche, dure, scléreuse, en tuyau de pipe, et que Jayle a rencontrée cassante et vu se rompre comme un fil de verre. Pour les uns il s'agit là d'un stade tardif d'une lésion en marche vers la guérison (Delore et Chalier). Pour d'autres il s'agit d'une lésion initiale d'une tuberculose atténuée ou à tendance fibreuse d'emblée.

La forme habituellement constatée est la *salpingite hypertrophique*. La trompe est augmentée de volume, grosse comme le doigt ou davantage. Remilly, dans

un cas, trouva la trompe presque de la grosseur du poing. La trompe est épaissie, flexueuse, à sinuosités adhérentes les unes aux autres, rougeâtre ou vineuse, dure, parfois ligneuse, mais cependant d'une consistance rarement uniforme. Dans ces formes on ne trouve jamais ces nodosités que l'on trouve décrites depuis Hégar dans tous les ouvrages. Ces nodules que l'on décrit durs ou ramollis, plus ou moins jaunâtres à la coupe, quelquefois caséeux ont cependant été trouvés calcifiés, chez une vieille femme, par Delore et Chalier. C'est sur la présence de ces nodules que certains auteurs ont établi « la forme nodulaire » qui n'est qu'un des aspects de la salpingite tuberculeuse à tendance caséuse.

La tuberculose tubaire revêt quelquefois une forme, décrite depuis 1912, mais qui ne rallie pas tous les suffrages : nous voulons parler de l'*hydrosalpinx tuberculeux, inflammatoire* (par opposition à l'*hydrosalpinx tuberculeux cicatriciel*, qui ne serait qu'un abcès froid ayant évolué vers la guérison).

Nous insisterons sur cette forme, car nombre d'auteurs la passent sous silence.

Cette hypothèse, si combattue à son apparition, semble malgré tout gagner du terrain chaque jour. Après Poncet et Leriche, d'autres chirurgiens sont venus l'appuyer et l'on peut déjà citer les noms de Delore, Targett, Albertin, Lea, Roux de Brignolle, Tomsen, Forge, Edgar, Tixier.

Tripier, dans son traité, écrit :

« Il faut attribuer la même origine tuberculeuse non seulement aux lésions inflammatoires diffuses produites au voisinage des lésions spécifiques, mais probablement aussi aux lésions également diffuses plus ou moins éloignées qu'on observe fréquemment sur divers organes, avec ou sans tubercules concomitants, et même, sur des sujets seulement prédisposés à la tuberculose dont les premières manifestations ont pu être légères jusqu'au point de passer inaperçues. »

A côté de ces constatations anatomo-pathologiques, Tixier rangent d'autres arguments de valeur :

« Tout d'abord cette véritable loi pathologique, en vertu de laquelle il y a identité de nature des lésions, quoique dissimilables d'apparence, lorsqu'elles siègent sur un même sujet, atteint exclusivement, par exemple, d'une infection bien déterminée; en second lieu ce fait que toutes les toxi-infections sont essentiellement protéiformes dans leurs effets, suivant la quantité, la qualité du poison, le terrain, etc., et peuvent déterminer à côté de lésions très bénignes, insignifiantes, banales, d'autres lésions, malignes, reconnaissables d'emblée, à allure spécifique. C'est ainsi qu'on voit au microscope, à côté des lésions spécifiques de la tuberculose, des lésions inflammatoires ordinaires, de sorte qu'on doit admettre un même processus dont les deux extrêmes sont : une réaction inflammatoire tout à fait banale et le follicule tuberculeux le plus caractéristique ». (Tixier, Procès de Pathologie chirurgicale I. 863).

L'expérimentation a, d'autre part dans ces dernières années, apporté la preuve irréfutable de l'existence des lésions inflammatoires de la tuberculose.

En 1910, Laudouzy et Gougerot ont reproduit expérimentalement les fluxions articulaires et les « sérîtes » du rhumatisme de Poncet.

Enfin des recherches minutieuses de Dominici

viennent dernièrement de confirmer l'origine toxique défendue par Poncet : avec des toxines diffusantes du bacille de Koch, Dominici a pu réaliser toutes les lésions de la tuberculose inflammatoire, telles que Poncet les avait décrites.

Mais les arguments et les expériences que nous venons de rappeler ne tendent qu'à prouver la réalité de l'existence de la tuberculose inflammatoire sous la forme de rhumatisme tuberculeux. Voyons maintenant l'hypothèse de Poncet et Leriche pour expliquer l'origine de l'hydrosalpinx et que nous trouvons ainsi présentée par leurs auteurs :

« Nous visons ici cliniquement ces grosses trompes kystiques, en cornemuse, remplissant le petit bassin ne présentant aucun stigmate d'infection péritonéale ancienne ou récente. Ces hydrosalpinx essentiels se voient surtout chez des jeunes femmes ou des jeunes filles. Ils se développent, lentement, insidieusement, dans un silence péritonéal absolu. Nulle cause apparente ne les produit. Il y aurait lieu à l'avenir de voir si ce liquide salpingien agglutine, ou s'il tuberculise le cobaye, et surtout de rechercher les conditions cliniques latentes de sa formation. Nous sommes d'autant plus portés à leur supposer une origine tuberculeuse possible, que nous avons vu l'hydrosalpinx banal, à liquide clair, à parois histologiquement aspécifiques, au contact d'une tuberculose caséuse des annexes apposées. Du reste pareille coïncidence a déjà été relevée et quelques auteurs ont fait la même hypothèse que nous. Lea, Albertin ont parlé de l'origine tuberculeuse probable de certains hydrosalpinx, qu'ils considèrent comme le résultat d'une affection atténuée. »

J. Edgar rapporte l'observation d'une péritonite tuberculeuse avec salpingo-ovarite où la tumeur constituée par les annexes droites contenait un liquide

séreux et était recouverte de tubercules miliaires (*Glasgow Medical*, Janv. 1902).

James Targett, écrit à propos de la tuberculose miliaire de la trompe, que les lésions miliaires siègent surtout au niveau du pavillon dont l'orifice peut se fermer; il peut en résulter un hemato ou un hydrosalpinx (*British med. Journ.*, Oct. 1903).

G. J. Tomson rapporte un cas de tuberculose de la trompe droite : hydrosalpinx droit. On a constaté la présence de bacilles de Koch dans le liquide (*Journal Akouch.*, I, Geusk., Bol., 1904).

A. W. W. Lea, de Manchester, a rapporté un cas de salpingite tuberculeuse chez une jeune fille, à lésions du sommet gauche nettes. Il y eut de la péritonite adhésive ayant amené l'oblitération de l'ostium abdominale et hydrosalpinx. Les lésions de la trompe étaient celles de la salpingite chronique et on ne trouva pas de tubercule. Mais, comme la malade était vierge, il est difficile d'admettre une autre cause que la tuberculose (*North of England Obstet. a. Gynaec. Society*, 17 mars 1905).

Delore et Chalié en ont observé un beau cas chez une femme vierge de 32 ans. Cet hydrosalpinx atteignait un volume tel qu'il remplissait le petit bassin en se moulant sur les parois.

Un autre cas fut observé chez une femme de 40 ans, dont les premiers troubles génitaux remontaient à 15 ans au moins. La paroi avait une épaisseur considérable et atteignait par endroit deux bons centimètres.

Dans un cas de Soubeyran, publié par Rives, il s'agissait de vastes cavités formées aux dépens des deux trompes, remplies de caillots particulièrement adhérents à la paroi qui était infiltrée de petites hémorragies. Cette tumeur méritait donc le nom d'hématosalpinx.

Delore présenta à la Société de Chirurgie de Lyon, le 13 juin 1912, un cas mieux étudié et pour lequel il est amené également à supposer l'origine de tuberculose inflammatoire. Voici cette observation :

OBS. 3. — Delore, Soc. Chir. Lyon, 13 juin 1912.

« Il s'agissait d'une femme de 29 ans, mariée. Pas d'enfants, pas de fausses couches, pas d'affection génitale. Depuis 4 ans les règles sont devenues de plus en plus abondantes; aussi teinte anémique accentuée à son entrée.

Toucher vaginal : à gauche d'un utérus volumineux on perçoit une tumeur de consistance molle rappelant celle des kystes dermoïdes. Opération : castration subtotale.

La pièce enlevée est constituée par un double kyste tubo-ovarien, le gauche en particulier possédait un volume un peu anormal puisqu'il atteignait celui d'une tête de fœtus.

A l'examen : utérus normal dont le fond sert d'implantation à un polype petit, cause probable des hémorragies. A gauche grand kyste tubo-ovarien adhérent. La cavité en est formée aux dépens de l'ovaire. Sur ce kyste passe en écharpe la trompe g. dont le pavillon s'ouvre largement dans la cavité. Il est probable que le liquide a reflué à certains moments dans la trompe et l'utérus. On pourrait ainsi s'expliquer la consistance molle de la tumeur. A droite hydrosalpinx et ovaire kystique. Dans les deux cavités liquide clair. Quant à la nature de ces lésions inflammatoires elle reste discutable. Mais en l'absence de passé génital, on est en droit de se demander s'il ne s'agit pas là de tuberculose inflammatoire. »

Nous nous sommes étendus longuement sur cette

question de l'hydrosalpinx tuberculeux, parce que la plupart des ouvrages la néglige. Nous avons tenu à réunir tous les arguments et toutes les observations qui en ont été donnés. Il nous a semblé qu'il y avait là plus qu'un plaidoyer en faveur d'une hypothèse hardie et nous sommes persuadés qu'à défaut d'une confirmation que le laboratoire ne nous a pas encore donnée (exception faite pour le cas de Tomson), des observations cliniques approfondies pourront en démontrer la justesse.

Aspect intérieur. — À ces aspects extérieurs si différents de la trompe correspond toute une variété d'aspects intérieurs. Dans le cours de nos observations nous donnerons la description des aspects que nous aura présentés la coupe. Ici nous serons donc brefs.

A la coupe on constate, le plus souvent, une infiltration œdémateuse, lardacée. L'extrémité utérine est le plus ordinairement épaissie et se confond avec le corps utérin. Au niveau de l'ampoule, les plis sont diminués en nombre, en hauteur, même complètement disparus ou réduits à leur base. Cependant, ce n'est qu'exceptionnellement que la surface interne est lisse. Le plus souvent elle est irrégulière, tomentueuse, bourgeonnante ou œdématiée, de sorte que malgré la disparition des plis, la lumière du canal est très réduite, souvent même impossible à retrouver par places. Le pavillon est quelquefois impossible à reconnaître. En général il est rouge, ses franges sont agglutinées, comme une anémone de mer aux tenta-

cules rétractées, selon la comparaison de Lucy. Pour certains, l'ostium abdominale reste fréquemment béant, dans la moitié des cas pour Simmonds. Cela est peut-être vrai dans les formes caséuses. Pour nous, dans les formes fibro-plastiques, l'ostium abdominale est toujours clos.

ASPECT HISTOLOGIQUE DE LA TROMPE DANS LES FORMES FIBRO-PLASTIQUES.

Lorsqu'on examine sous le microscope une coupe de trompe tuberculeuse on peut rencontrer les aspects les plus variés. Quelquefois la trompe semble presque normale, avec conservation de tous les caractères histologiques habituels. D'autres fois, la figure histologique est si modifiée que l'on a peine à se reconnaître. Entre ces deux extrêmes tous les stades intermédiaires peuvent se rencontrer. Aussi n'avons-nous pas l'intention de multiplier ici les descriptions. Les examens histologiques, qui accompagnent presque chacune de nos observations, donneront une idée des différentes figures que le microscope peut donner.

En schématisant un examen histologique d'une des formes qui nous intéressent plus spécialement nous trouvons :

1° Lumière de la trompe très réduite, quelquefois impossible à repérer avec exactitude.

2° Muqueuse quelquefois presque normale, le plus

souvent plate, dépourvue de ses franges, épithélium presque intact.

3° Chorion plus ou moins augmenté de volume.

4° Musculeuse souvent presque complètement disparue, envahie ou remplacée par une zone de sclérose.

5° Séreuse d'aspect variable suivant le retentissement péritonéal.

Les lésions classiques de la tuberculose peuvent s'étager dans ces différentes tuniques. Quelquefois elles se sont rencontrées dans la muqueuse même, si bien que certains y ont vu là un argument à invoquer pour prouver l'origine externe de la tuberculose.

Mais la zone de prédilection des lésions tuberculeuses, là où il faut avant tout les rechercher, c'est le chorion et la sous-muqueuse. C'est là que, dans nos observations, nous avons trouvé la signature de la tuberculose sous une de ses formes classiques :

α) Cellules géantes, plus ou moins typiques, au centre d'une zone de réaction lympho-conjonctive;

β) Follicules tuberculeux bien individualisés, avec ses couronnes de cellules géantes, épithélioïdes et lymphoïdes;

γ) Foyers de matière caséuse amorphe (dans les cas de salpingites nettement caséuses);

δ) Et aussi, dans un cas de salpingite d'allure fibro-plastique, des nodules conjonctifs bourrés de cristaux d'acide gras, avec réaction giganto-cellulaire extrêmement active.

La constatation d'une de ces formations histologiques suffit-elle pour affirmer la tuberculose ? Evidemment non.

Dans l'histoire de la tuberculose nous voyons que le follicule tuberculeux en a été tout d'abord seul reconnu comme la signature indiscutable. Puis, reconnu insuffisant, c'est la cellule géante que l'on a recherchée; celle-ci ayant été trouvée dans beaucoup d'infections chroniques, on n'ajoute plus d'importance décisive qu'à la présence du bacille de Koch, ou à l'inoculation positive. Or dans nos cas, comme dans beaucoup de ceux que nous rapportons, nous n'avons pas ces preuves. Nous considérons néanmoins ces cas comme des tuberculoses, car les cellules géantes groupées de certaine sorte ou entourées de cellules épithélioïdes se rencontrent presque uniquement dans la tuberculose. La tuberculose donnant ces figures, nous croyons pouvoir nous en contenter.

Nous irons même plus loin et nous pensons que dans bien des cas d'une allure clinique lente avec productions fibreuses et réaction péritonéale séreuse, formation de cellules épithélioïdes groupées en follicule, la tuberculose est en jeu.

Dans l'observation suivante, nous n'avons pas trouvé de cellules géantes et cependant nous considérons qu'il s'agit d'une tuberculose, étant donné : le terrain, la clinique et l'aspect des lésions.

OBS. 4. (due à M. le D^r Robert Dupont). — *Salpingite à forme fibro-plastique avec péritonite plastique. Nature tuberculeuse probable.* — Mme F..., 35 ans.

Antécédents héréditaires :

Père ayant souvent des coliques hépatiques.

Mère souffre d'une gastrite.

Une sœur, plus jeune, ayant eu des lésions pulmonaires tuberculeuses dont elle semble actuellement guérie.

Un frère, plus jeune aussi, a passé six mois dans un sanatorium à la suite d'un rhume.

Antécédents personnels :

Jamais de grossesse.

Très bien réglée.

Il y a 2 ans $\frac{1}{2}$ a eu une congestion pulmonaire très grave qui a duré deux mois.

Souffre du ventre depuis deux ans; a de temps en temps des crises douloureuses, qui prennent tout le ventre avec prédominance à droite. N'a jamais vomi.

Constipation chronique.

A beaucoup maigri.

Etat actuel. 22 septembre 1921 :

Cette femme vient du Maroc, où elle réside depuis cinq ans pour consulter.

Femme grande, très pâle, très maigre.

Le ventre n'est pas ballonné.

La palpation n'est douloureuse qu'en un point : au-dessus de l'arcade crurale droite, au-dessous du point appendiculaire.

Percussion : pas de matité.

Au toucher on trouve :

1° L'utérus gros reporté à gauche;

2° Une masse pointant dans le cul-de-sac droit; cette masse est rénitente, peu mobile, indolore par le toucher vaginal, mais douloureuse par pression sur le ventre. Les annexes gauches ne sont pas perçues.

Pas de lésions pulmonaires.

Le Wassermann est négatif — n'a jamais eu ni paludisme, ni dysenterie. — On pense à une salpingite bacillaire.

La malade entre à la maison de santé où l'on constate qu'elle a tous les soirs une légère élévation de température.

Opération le 28 septembre 1921 :

Laparotomie médiane sous-ombilicale. Epiploon adhérent. On le libère et on tombe sur l'intestin dont des anses sont unies entre elles par des fausses membranes lâches. On les dissocie et on arrive dans le pelvis. On constate alors qu'il existe un gros kyste plein d'un liquide séreux qui pointe dans le bassin et file derrière le mésentère. On l'ouvre au doigt et on le vide. Il n'a pas de paroi, il s'agit bien plutôt d'ascite enkystée que de kyste.

Le cœcum est épaissi, l'appendice collé contre lui est augmenté de volume, à parois dures, scléreuses; on l'enlève et on enfouit son m. ignon.

Les annexes droites forment un bloc fibro-kystique, kyste dépendant de l'ovaire qui a la grosseur d'une orange. Tout le paquet annexiel adhère au ligament large, on l'en sépare facilement. On se rend compte que les annexes gauches sont comme les droites réduites à l'état de paquet fibreux et qu'elles tiennent surtout par en bas.

On fait alors une hystérectomie subtotal, de droite à gauche, en liant au fur et à mesure les pédicules et ayant soin de lier l'utérine bien isolée. Fermeture du col. Péritonisation complète. Fermeture du ventre en trois plans sans drainage. Suites très simples. Le quatrième jour la température disparaît définitivement. Le dix-huitième jour la malade rentre chez elle.

Nous l'avons revue le 24 novembre 1921 : elle souffre encore un peu à droite, mais la douleur va en s'atténuant. Elle a bon appétit. Le ventre est souple. Au toucher on ne sent rien d'anormal.

Le 11 décembre elle nous écrit du Maroc qu'elle va bien. Elle a repris 2 kilogs en 28 jours. Elle mange de tout et ne souffre pas. Je lui ai conseillé, avant son départ, de faire une cure d'héliothérapie.

Examen des pièces :

Trompes augmentées de volume, dures — muqueuse aplatie — pas de pus — orifice fermé des deux côtés.

Examen histologique pratiqué au laboratoire d'anatomie pathologique de la Faculté par le Dr Leroux :

« Calibre de la trompe extrêmement réduit; épithélium intact mais disparition des franges. Chorion périphérique très

dense; couche musculaire envahie par une sclérose diffuse. Pas d'infiltration inflammatoire dans d'un des fragments. Dans l'autre fragment un ou deux amas inflammatoires à mononucléaires entourant une zone conjonctive avec cellules à tendance épithélioïde. Pas de figure typique de tuberculose. »

Il est évident qu'il est impossible d'affirmer ici la tuberculose car la signature histologique n'y est pas, mais, en somme, la présence de mononucléaires, entourant des cellules à tendance épithélioïde, nous permet d'émettre l'hypothèse qu'il s'agit bien d'une lésion tuberculeuse atypique. Cette hypothèse cadre d'ailleurs avec l'allure clinique de la maladie : lenteur d'évolution, atteinte profonde de l'état général, légère réaction fébrile. Elle cadre aussi avec l'état du péritoine : réaction séreuse avec formation d'îlots d'ascite. Si l'on n'admet pas la nature bacillaire de cette affection il est difficile d'expliquer les faits constatés, aussi croyons-nous pouvoir faire figurer cette observation dans cette thèse en faisant naturellement des réserves sur la nature vraie de cette salpingite, et en attirant l'attention sur ces formes spéciales, peu connues, qui appellent de nouvelles recherches pour que l'on puisse affirmer leur nature tuberculeuse, que tout tend à leur attribuer.

LÉSIONS CONCOMITANTES

DANS LA SALPINGITE TUBERCULEUSE.

La situation de la trompe pourrait laisser prévoir

la fréquence des lésions des organes voisins, ovaire, utérus, rectum et vessie.

Ovaire. — Il n'en est rien pour l'ovaire. Malgré les adhérences nombreuses qui souvent lui forment une véritable gangue, l'ovaire est rarement tuberculeux.

Evidemment, il est bien rare qu'il ait conservé un aspect normal. Le plus souvent, il est petit, blanc, sclérosé, fréquemment kystique, comme nous l'avons trouvé dans deux de nos observations; mais l'examen microscopique n'y décèle que rarement des lésions tuberculeuses typiques.

Guillemain a bien distingué la tuberculose de l'ovaire, rare, de la péri-ovarite tuberculeuse développée aux dépens du péritoine du hile de l'ovaire. Tandis que Wolff trouve l'ovaire tuberculeux dans 31,7 % des cas, Rives ne le trouve que 12 fois sur 100. Remilly, dans ses 29 observations de salpingites tuberculeuses, en rapporte 2 cas, soit un pourcentage de 6,9 %. Il semble donc bien que l'ovaire, comme la glande thyroïde et la glande mammaire, soit très réfractaire à la tuberculisation virulente (Poncet et Leriche).

Par contre, il est un fait qui avait déjà été remarqué par Kalhden, Tilt, Ozenne : c'est la fréquence de la dégénérescence micro-kystique, dans laquelle Poncet et Leriche voient une lésion para-tuberculeuse. Il est difficile de ne pas avoir l'attention attirée de ce côté lorsque l'on voit, par exemple, sur une série de 29 observations de tuberculose tubaire, rapporter 7 cas

de productions kystiques de l'ovaire (Remilly). Au contraire, on ne trouve que rarement le kyste de l'ovaire unique, tuberculeux, puisque dans leur étude Forgue et Chauvin n'ont pu en retenir que 35 observations.

D'autres lésions ont été rencontrées : le véritable abcès froid de l'ovaire (Remilly, 2 cas), le fibrome de l'ovaire (Tedenat, 1 cas).

La présence d'un kyste dermoïde au contact d'une trompe tuberculeuse a été constatée par le D^r Robert Dupont, qui a bien voulu nous communiquer l'observation suivante :

OBS. 5. — *Tuberculose fibro-caséuse de la trompe gauche.
Kyste dermoïde de l'ovaire gauche.
Pelvipéritonite tuberculeuse avec ascite libre
considérable.*

Mme H..., 32 ans.

Antéc. héréd. : père et mère bien portants.

Antéc. pers. : réglée à 14 ans, règles normales peu abondantes; jamais de grossesse.

Depuis plusieurs années souffre de troubles dyspeptiques vagues. Quintes de toux le matin entraînant des vomissements bilieux. Jamais d'hématémèses, ni de vomissements alimentaires. A beaucoup maigri.

Depuis environ trois mois le ventre augmente de volume.

Premier examen le 11 mai 1920.

Femme grande, teinte jaune paille. Ventre énorme, globuleux : aspect de grossesse à terme. En réalité ascite libre considérable. Léger œdème des jambes. Pas de température, mais pouls à 120.

A la palpation on trouve à gauche, au-dessus de l'arcade crurale, une grosse masse mobile, indolore (sensation de glacon).

Au toucher on perçoit cette masse qui repousse l'utérus en arrière.

Le 13 mai, ponction qui permet d'évacuer environ 6 litres d'un liquide citrin verdâtre qui laisse un dépôt fibrineux assez abondant dans le vase. Après cette ponction, on perçoit une énorme masse à gauche. Cette masse est accolée à l'utérus et peu mobile.

Le 16 mai l'ascite s'est reproduite presque aussi abondante qu'avant la ponction.

Opération le 17 mai, sous anesthésie générale à l'éther.

Laparotomie médiane sous-ombilicale. Ponction au bistouri du péritoine et évacuation de l'ascite. La plus grande partie du liquide étant évacuée, on agrandit l'incision péritonéale. Le péritoine est rouge, épaissi, recouvert partout de granulations jaunâtres. L'épiploon est rétracté vers l'ombilic. La tumeur est adhérente à l'S iliaque qui, ainsi que les anses grêles voisines, est recouverte de granulations. La tumeur est attaquée par la droite. On trouve un plan de clivage entre elle et l'S iliaque, et l'on peut assez facilement en la suivant, libérer l'intestin. L'utérus est englobé en partie par la tumeur.

Examen des pièces :

La tumeur enlevée est envoyée au laboratoire de la Faculté et voici la réponse : « L'examen des divers fragments montre que l'on a à faire à deux choses bien distinctes :

1° Un kyste dermoïde typique avec poils, glandes sébacées et même tissu nerveux;

2° Une salpingite tuberculeuse avec nodules dans le chorion de la trompe.

Suites :

Cette malade a été envoyée à la campagne après son opération. Elle y a été soumise à un traitement héliothérapique méthodique.

Nous l'avons revue à son retour le 16 décembre : elle avait engraisé et ne souffrait plus; elle avait quelques pertes blanches. Elle avait enfin des bouffées de chaleur et n'avait pas revu ses règles.

Revue le 24 novembre 1921, elle est florissante de santé : elle trouve même qu'elle engraisse trop. Avant son opération elle pesait 75 kilogs, actuellement elle pèse 82 kil. 600.

Elle a subi un traitement opothérapique et n'a plus de bouffées de chaleur. La cicatrice est solide. Le ventre est souple et ne présente aucune zone de matité. Au toucher le col

est souple, l'utérus petit, atrophié. On ne peut délimiter les annexes droites. Pas d'empâtement. Aucune douleur.

En résumé, la tuberculose tubaire s'accompagne rarement de lésions tuberculeuses franches de l'ovaire. Par contre, parmi les lésions, non tuberculeuses histologiquement, qui peuvent s'y développer en même temps qu'évolue une salpingite tuberculeuse voisine, il en est deux, qui se présentent avec une singulière fréquence : l'atrophie scléreuse et la dégénérescence micropolykystique.

Utérus. — Nous venons de voir que, malgré son voisinage immédiat avec la trompe, l'ovaire était peu souvent tuberculeux, mais néanmoins rarement normal. Le même fait se constate pour l'utérus.

Néanmoins dans les formes caséuses de la salpingite tuberculeuse, surtout lorsque les lésions sont anciennes, il n'est pas rare de voir l'utérus présenter des lésions tuberculeuses, même au simple examen macroscopique.

Remilly n'a trouvé que 2 cas nets de tuberculose utérine associée à une tuberculose de la trompe, soit près de 7 %. Mais d'autres auteurs donnent un pourcentage beaucoup plus élevé. Wolff donne la proportion de 14,6 %. Meyer, sur 55 salpingites bacillaires, trouve 40 fois l'utérus pris, soit 72 %. Labhardt, dans sa statistique reposant sur 100 cas de tuberculoses génitales, trouve 95 salpingites dont 10 associées à une tuberculose de l'utérus. Vermeil, sur 51 salpingites,

voit 13 fois l'utérus tuberculeux, tandis que Daurios donnait le rapport de 19/64, soit 33 %.

La grande différence que l'on constate entre ces chiffres s'explique aisément lorsque l'on considère à quel de vue différent se placent les auteurs pour établir leurs statistiques. Pour les uns, la présence de quelques granulations sur le péritoine utérin équivaut au diagnostic de tuberculose utérine; d'autres ne posent ce diagnostic qu'après examen microscopique.

Mais la tuberculose utérine concomittante est beaucoup moins fréquente lorsque l'on considère les autres formes de tuberculose tubaire. Si, dans la salpingite tuberculeuse caséeuse, l'infection bacillaire gagne assez fréquemment l'utérus, dans la forme abcès froid tubaire, la lésion reste au contraire nettement circonscrite à la trompe, à sa portion ampullaire. Dans les formes fibro-plastiques il en est de même et ce n'est qu'exceptionnellement que le microscope révèle des lésions tuberculeuses dans le parenchyme utérin.

Cependant il faut bien reconnaître que souvent l'utérus ne présente pas un aspect absolument normal. A côté du type infantile, sur lequel nous avons déjà insisté, il est fréquent de rencontrer, comme dans 3 de nos observations, la mention « utérus un peu gros » sans qu'une explication histologique puisse en être donnée.

Certains ont essayé d'établir des règles qui puissent guider le chirurgien au cours de l'opération. Par exemple; de la constatation de tuberculose dans l'endosalpinx, Russell, de Baltimore, déduit une tuber-

culose utérine. De même, lorsque la curette ramène des débris utérins tuberculeux, les trompes seraient également prises.

Lorsque les lésions tuberculeuses de la trompe dépassent les 2/3 externes, de Massia pense que, vraisemblablement, l'utérus est aussi tuberculeux.

Malheureusement, aucune de ces affirmations n'a été jusqu'ici soigneusement contrôlée, car ces règles seraient d'un grand secours pour le chirurgien qui est tenté de pratiquer une opération conservatrice.

D'après notre expérience nous ne croyons guère à la possibilité de faire reposer une technique opératoire sur de telles règles.

A notre avis, il faut soupçonner tout particulièrement une participation utérine, ou ovarienne, lorsque l'histoire clinique de l'affection accuse surtout des symptômes utérins (cas à métrorragies de Kelly, de Vincent).

Mais l'hémorragie peut aussi être causée par une autre lésion concomittante : ce sera un fibrome comme dans les cas de Lenormant, de Pollosson, ou un polype comme dans le cas publié par Delore et que nous avons reproduit dans notre observation n° 3; ce sera d'autres fois un cancer du col (Forgue), ou une endométrite banale (A. Pollosson).

Rectum et intestin. — Il est très fréquent de constater, au cours de l'opération, des lésions du rectum. Mais, tandis que dans les formes suppurées de la salpingite tuberculeuse ont tendance à envahir profon-

dément la paroi rectale, sous forme d'une tuberculose rongeante, maligne, les formes fibro-plastiques ne l'atteignent que superficiellement. Il n'y a là que de simples adhérences qui souvent, par leur énorme développement, en imposent au premier abord, mais qui sont beaucoup plus lâches et moins résistantes qu'on le pourrait supposer. D'autres fois il y a simplement à ce niveau une très légère réaction péritonéale sous forme de quelques granulations, quelquefois accompagnée de quelques cuillerées de liquide clair ou louche collecté dans le cul-de-sac de Douglas.

Nous voyons donc qu'en réalité il est exceptionnel que les lésions du rectum ne soient pas simplement superficielles.

Il n'en est pas de même pour le reste de l'intestin, le cœcum, l'appendice, les anses grêles, quelquefois le colon, souvent l'S iliaque. Tout d'abord ces lésions sont excessivement fréquentes. Sur les 6 observations que nous rapportons, 5 d'entre elles mentionnent des lésions intestinales. Le même pourcentage se retrouve dans la thèse de Remilly. D'autre part, il ne s'agit plus ici de simples adhérences, de simples granulations, c'est-à-dire de lésions plutôt péritonéales qu'intestinales au sens propre du mot. Nous voyons, au contraire, assez souvent mentionnée la participation de l'intestin qui se trouve quelquefois profondément dénudé lorsqu'on essaye de dissocier ces adhérences ou d'assécher les îlots purulents enkystés qui semblent parfois comme incrustés dans la paroi intestinale.

Cependant, dans nos observations, l'opération a

toujours réussi à séparer l'intestin de la masse inflammatoire sans ouvrir la cavité intestinale. Deux fois l'intestin s'est trouvé dénudé, cinq fois on insiste sur la présence d'adhérences : au niveau de l'épiploon, de l'S iliaque, des anses grèles, du cœcum et de l'appendice. Une fois on note un épaississement notable du cœcum, accompagné d'un appendice adhérent, gros et à parois scléreuses. Une autre fois l'appendice est petit et fibreux, dans un autre cas il adhère aux annexes.

En somme, les lésions que l'on constate au niveau de l'intestin, quel que soit le niveau envisagé, sont en général des lésions péritonéales. Ce n'est que beaucoup plus rarement que la paroi propre de l'intestin participe à la lésion tuberculeuse.

Vessie. — Quant à la vessie, malgré l'assertion de Simmonds (1909) qui admet la coexistence de tuberculose génitale et de tuberculose urinaire dans 11 % des cas, elle n'est pratiquement que très rarement atteinte. Les troubles de la miction, assez souvent constatés, sont dus à la simple congestion de l'organe qui se rencontre dans toutes les affections génitales de la femme.

Nous avons déjà rappelé les expériences de Cuturi, qui montrent combien est difficile la transmission de la tuberculose tubaire à travers la paroi vésicale.

Amann rejette le terme de tuberculose uro-génitale comme impropre, car pour lui il s'agit de deux maladies indépendantes : le passage de l'une à l'autre ne s'observant jamais.

Hæffner décrit 3 cas de tuberculose génitale accompagnée de tuberculose vésicale, mais affirme en même temps sa croyance qu'il n'y a aucun rapport entre les deux maladies.

Oppenheim donne les chiffres suivants : sur 23 cas de tuberculose urinaire et génitale il trouve :

2 cas de tuberculose urinaire isolée;

2 cas de tuberculose urinaire accompagnée de salpingite tuberculeuse;

15 cas de tuberculose utéro-annexielle pure.

Krzywicki, sur 14 cas, a trouvé :

2 cas de tuberculose génito-urinaire;

10 cas de tuberculose utéro-annexielle;

2 cas de tuberculose urinaire accompagnée d'une tuberculose annexielle.

Nicolich rapporte un cas de tuberculose génito-urinaire avec trompes tuberculeuses d'anciennes dates.

Nous avons été quelque peu étonné par ces chiffres. Il serait intéressant de savoir sur quoi ces auteurs ont fait reposer leur diagnostic de tuberculose urinaire : si c'est sur de simples phénomènes de cystite, ces chiffres s'expliquent; nous ne pouvons croire qu'ils reposent sur la constatation microscopique de lésion tuberculeuse dans la paroi vésicale. Nous n'avons jamais trouvé mentionné la moindre lésion vésicale dans toutes les observations que nous avons consultées.

Cependant, il faut reconnaître que la vessie peut, dans des cas très rares, se contaminer au contact d'une

trompe bacillaire, d'autant plus qu'elle participe aux variations circulatoires du petit bassin. Rebland et Tuffier ont insisté sur ces altérations congestives qui constituent une cause particulièrement favorisante pour permettre la traversée du bacille de Koch à travers la paroi vésicale. Dans ces cas, la paroi vésicale présente une plaque de cystite tuberculeuse au point de contact avec la trompe.

D'après Cuturi, la vessie pourrait être atteinte plus facilement lorsque le rectum présente des lésions tuberculeuses. Au lieu que la transmission se fasse par simple contact, elle se fait alors par voie lymphatique.

Nous avons dû nous étendre plus que nous le voulions sur ce chapitre des lésions concomittantes des organes voisins. C'est qu'avant de conclure nous avons cru devoir citer les chiffres et les opinions des auteurs qui ont traité la question avant nous.

S'il nous fallait résumer notre pensée, nous dirions que, surtout dans les formes fibro-plastiques de la tuberculose tubaire, les lésions des organes voisins (vessie, rectum, intestin) sont presque toujours de simples lésions du péritoine qui les recouvre, et ce sont ces lésions que nous voulons plus spécialement décrire.

RÉACTIONS PÉRITONÉALES DANS LA TUBERCULOSE TUBAIRE.

Il est une forme de tuberculose tubaire où le péritoine semble rester intact : c'est l'abcès froid tubaire,

forme nettement circonscrite, qui ne s'accompagne que rarement d'un léger semis de granulations péritonéales. Ces **granulations**, que l'on rencontre plus souvent dans les autres formes de salpingite tuberculeuse, siègent avant tout sur le péritoine du petit bassin. De là elles rayonnent et peuvent se développer sur le péritoine de tous les organes abdominaux, aussi bien que sur le péritoine pariétal. On les a vu apparaître à la surface de l'estomac (Albertin et Rouget). Leur couleur est grise ou jaunâtre. Leur volume est très variable : le plus souvent de la grosseur d'une tête d'épingle, elles peuvent être grosses comme un pois et même une noisette (cas de Tédénat). Dans une observation d'Albertin, la trompe donnait naissance à de véritables arborisations tuberculeuses qui rappelaient une branche de corail.

Un autre mode de réaction péritonéale est l'*ascite* qui trouve son développement maximum dans l'ascite essentielle des jeunes filles et dont l'étude remonte à Bouilly et ses élèves. Mais la quantité de liquide que l'on rencontre, libre ou cloisonné, dans les formes habituelles de la tuberculose tubaire, est beaucoup moins abondante. Ce n'est que peu souvent que l'examen clinique permet de la déceler. Dans les formes fibro-plastiques, l'ascite se résume à quelques îlots de liquide citrin enkysté ou à quelques cuillerées de liquide, quelquefois louche, collecté dans le Douglas.

Il nous a été permis de constater une ascite particulièrement abondante chez une femme de 32 ans dont la trompe gauche était atteinte d'une tuberculose

fibro-casécuse, avec kyste dermoïde de l'ovaire gauche (observation 5).

Les formes fibro-plastiques se caractérisent par un mode de réaction péritonéale particulièrement intense : les *adhérences*. Nous avons déjà parlé de ces néo-formations en décrivant les lésions de l'intestin. Nous redirons cependant que nous avons été frappé par ce fait. Alors que dans les formes caséuses ces adhérences sont tenaces et souvent profondément enracinées dans la paroi des viscères, dans les formes fibro-plastiques, là où elles sont les plus nombreuses, les plus serrées, elles sont au contraire beaucoup moins tenaces et ne résistent pas en général à un clivage minutieux, sans que les organes sous-jacents soient sérieusement endommagés.

Dans quelques observations on ne trouve mentionné aucune des lésions dont nous venons de parler.

Le péritoine témoigne de sa participation ou de sa défense à l'infection par son changement de couleur, d'épaisseur, d'aspect : péritoine rouge, épaissi, plus ou moins dépoli.

Il est un mode de réaction du péritoine qu'il nous a été permis de constater chez une malade opérée par le D^r Robert Dupont. Dans toute la littérature nous n'en avons trouvé qu'un seul cas, publié par Jayle, mais interprété d'une façon différente.

Il s'agit de kystes séreux disséminés sur tout le péritoine au niveau des anses intestinales. Nous ne serions pas très éloignés de voir là une réaction entrant dans le cadre de la tuberculose inflammatoire.

Chez la malade du D^r Robert Dupont, il n'y avait qu'un seul kyste (observation 4). La reproduction n'en a pas été prise, aussi, pour permettre de se faire une idée de cette lésion, renvoyons-nous à la figure jointe à l'observation de Jayle (*Presse Médicale*, n° 51, 21 juin 1913, figure 16). Voici cette observation.

Obs. 6.

Jeune fille de 17 ans, réglée à 12 ans $\frac{1}{2}$, ayant des règles présentant tous les caractères de la normalité et qui avait quelques pertes jaunes depuis 2 mois avant sa formation, pertes qui s'étaient accentuées à la suite d'une « fluxion de poitrine » survenue à l'âge de 13 ans. Elle est prise brusquement d'une recrudescence de pertes jaunes et de douleurs hypogastriques, siégeant surtout dans l'aîne droite. Cet état douloureux ne s'accompagne ni d'élévation de température ni de vomissements : il n'est pas continu et se manifeste par crises. En même temps, apparaissent métrorragies et ménorragie. L'examen pratiqué six semaines après le début des accidents montre l'existence d'une grosse masse inflammatoire, refoulant l'utérus contre le pubis, remontant à l'ombilic, surtout développée à droite, mais existant aussi à gauche. Un mois plus tard, l'état s'aggrave, le ventre se tend, la température dépasse 39° 5, le pouls devient rapide, l'anorexie est complète. Les douleurs droites ont diminué et sont remplacées par des douleurs gauches extrêmement vives.

L'examen montre une masse intra-abdominale allant du pubis jusqu'au-dessus de l'ombilic sur la ligne médiane, emplissant la fosse iliaque droite, gagnant l'hypocondre droit et remontant à gauche jusqu'au 2° ou 3° du rebord costal.

Je pratiquai la laparotomie et fit une incision médiane, commençant au pubis, contournant l'ombilic et le dépassant d'environ 3 cent., répondant en somme à toute la hauteur de la masse abdominale perçue au palper. La figure montre la situation par rapport à l'utérus, l'importance et la forme des lésions, l'épaississement et l'adhérence intime de l'épiploon à la trompe gauche, le grand nombre et le volume exceptionnel des bulles séreuses. J'ajoute que dans la partie sus-ombilicale du ventre il y avait du liquide clair, indice de la réaction du péritoine sus-ombilical (une partie de ce liquide est recueillie

pour examen). Il n'existait pas une seule granulation tuberculeuse et l'aspect était celui de péritonite inflammatoire ordinaire avec grosses bulles séreuses, quelques-unes grosses comme des mandarines. A droite la masse adhère au bord interne du cœcum, à gauche, au colon ascendant et au colon pelvien. La trompe gauche forme un grand foyer purulent, du volume d'une orange, à pus jaune, non fétide, qui a été ouvert au cours de l'opération; la paroi interne de ce foyer est un peu noirâtre. L'ovaire droit un peu blanc, mais peu augmenté de volume, est laissé en place. L'opération terminée, on se trouve en présence d'une énorme excavation que l'on remplit en partie avec deux gros tubes en caoutchouc et plusieurs mèches. Fermeture de la paroi. Durée 1 heure.

Les suites opératoires ont été normales et la malade a guéri. Trois ans après elle offre une santé parfaite et elle est réglée régulièrement, grâce à la conservation que j'ai tenu à faire de l'utérus et de l'ovaire droit.

Examen bactériologique et histologique par M. Hallion :

- a) Pus de la trompe : L'examen direct montre l'absence de bacille de Koch, l'existence de tétragènes prenant le Gram, assez nombreux, de très nombreux leucocytes polynucléaires altérés et de nombreux globules rouges. Les cultures ont donné seulement des colonies de tétragènes.
- b) Liquide péritonéal : Pas de bacille ni d'autres microbes. Leucocytes peu abondants. Globules rouges.
- c) Bulle séreuse : Pas de bacille ni d'autres microbes; leucocytes assez nombreux polynucléaires. Globules rouges. Pas de tubercule dans la paroi de la bulle.

Inoculation au cobaye. — Deux cobayes ont été inoculés avec le pus, l'un sous la peau, l'autre dans la cavité péritonéale. Au bout de 40 jours les cobayes ont été sacrifiés et ne présentaient aucune lésion tuberculeuse.

Examen histologique de la trompe par M. Champy. — L'examen histologique a démontré l'existence de follicules tuberculeux. Comme on aurait pu discuter à la rigueur sur la nature de ces follicules, j'ai prié M. Champy de vouloir bien faire des coupes jusqu'à ce qu'il trouve des bacilles de Koch. Sur deux préparations il a pu colorer 3 bacilles très nets et ce résultat positif acquis, il n'a pas continué davantage.

F. Jayle insiste sur l'intérêt que présente cette observation par son origine restée inconnue, par l'association du tétragène au bacille de Koch, par le fait que le diagnostic complet n'a pu être fait que par des cultures de pus d'une part, et des coupes histologiques de la trompe d'autre part. L'examen direct, les cultures, l'inoculation au cobaye n'ont pas décelé le bacille de Koch; ces diverses recherches lui faisaient porter le diagnostic d'infection à tétragène. Les coupes histologiques ont démontré l'existence de nodules tuberculeux dans lesquels, à force de recherches, on a fini par trouver le bacille de Koch; en revanche, on n'a pas pu déceler le tétragène.

Pour nous, l'intérêt de cette observation réside dans ce fait que de tels cas sont rarement publiés. Ce ne sera que lorsque leur nombre sera devenu important que l'on pourra déduire s'il s'agit réellement de deux infections concomitantes nettement séparées ou s'il s'agit d'une forme de tuberculose inflammatoire.

SYMPTOMATOLOGIE

A une affection aussi polymorphe que la tuberculose tubaire correspond nécessairement une symptomatologie des plus variée, qu'il est impossible de diviser en types cliniques bien définis.

De la lecture des nombreux ouvrages que nous avons consultés, nous avons gardé l'impression que l'étude n'en avait pas été très poussée et que souvent l'on s'était contenté d'ajouter à la description du syndrome salpingite les signes essentiels de la tuberculose, tels que température vespérale, sueurs, etc. Or ce n'est pas ce que nous avons constaté dans la majorité des cas.

Pour nous conformer à l'habitude, nous prendrons successivement tous les symptômes décrits, que ce soit pour montrer leur rareté ou au contraire pour faire ressortir l'importance toute spéciale de certains d'entre eux. Nous insisterons tout spécialement sur ceux qui concernent les formes fibro-plastiques. Enfin, chaque fois que cela nous sera possible, nous appuyerons nos assertions de données de chiffres, ou d'observations soit empruntées, soit personnelles.

MODES DE DÉBUT. — Le début, au sens strict du mot, est impossible à préciser dans une affection aussi latente, aussi silencieuse dans ses manifestations symptomatiques. Lorsque la malade vient consulter pour un symptôme bien défini, il y a déjà longtemps que la maladie évolue. De même, lorsque c'est le hasard d'un toucher ou d'un examen qui révèle quelque chose de particulier, c'est que la maladie est déjà à sa période d'état ou même à une forme terminale. Chaufton avait déjà remarqué que « la forme pour ainsi dire normale de l'annexite chronique est la forme latente et n'est révélée que par la réaction du péritoine, ce voisin ennuyeux ».

Cependant cette opinion n'est pas acceptée par tous. Certains ont signalé un début aigu, brusque, facile à préciser. L'affection semblait succéder à un traumatisme (Tedenat, Jaboulay), à un avortement, à un accouchement ou aux premiers rapports sexuels (Goodall). A l'appui de cette version sont cités tous les signes de pelvi-péritonite habituelle : douleurs pelviennes vives, vomissements ou nausées, fièvre, météorisme, faciès grippé, etc. Pour Delore et Chaliier ce mode de début correspond en général aux formes à prédominance péritonéale.

A notre avis, ces signes d'une affection aiguë ou subaiguë ne peuvent s'accorder avec les formes chroniques que nous étudions. Comment faut-il interpréter alors ces affirmations ? Cela est bien difficile à préciser à distance. Pour nous il s'agit, dans ces cas, soit de formes aiguës de tuberculose, soit d'une affection

salpingée, péritonéale, intestinale ou autre surajoutée, soit une affection puerpérale surgissant sur une trompe déjà tuberculeuse ou un péritoine déjà ensemen-
cé.

Quoiqu'il en soit, le début reste toujours extrêmement difficile à préciser, surtout dans les formes fibroplastiques et dans la forme « abcès froid », dont l'évolution a été si bien comparée à celle du mal de Pott (Chaufton).

Les premiers symptômes accusés par les malades, ceux qui les poussent à venir consulter, sont impossibles à préciser tant ils sont nombreux. La malade se plaindra aussi bien d'un trouble de l'état général, comme l'amaigrissement; d'un trouble fonctionnel, comme l'irrégularité des règles, que d'un symptôme purement physique, comme l'augmentation de volume du ventre. Dans l'étude analytique des symptômes nous reviendrons sur ce sujet.

SIGNES GÉNÉRAUX. — Pouls. — Nous n'avons jamais trouvé mentionnée une modification du pouls. Cependant, chez une malade opérée par M. le D^r Robert Dupont, bien que la température fut normale, le pouls était à 120. Mais il s'agissait d'une forme un peu spéciale, avec kyste dermoïde et ascite libre considérable (Observation 5).

Température. — Dans presque tous les ouvrages que nous avons consultés, on insiste sur l'élévation de la température, soit au moment de crises où elle

atteindrait 38°5, 39° et plus, soit pendant l'intervalle qui séparerait deux crises où il y aurait souvent une élévation vespérale.

Mais, si l'on se reporte aux observations mentionnées dans ces mêmes ouvrages, on voit bien assez rarement mentionnées des crises avec assez fortes élévation de température, mais jamais, ou presque, n'est marquée l'élévation de température vespérale.

Chez une seule de nos malades nous trouvons, qu'après son entrée à la clinique, elle présentait une légère élévation de température, dans les jours qui précéderent son opération (observation 4). Les autres feuilles de température présentent un tracé absolument normal.

Nous croyons donc que la valeur et surtout la fréquence de ce symptôme a été exagérée et que la règle est de constater, surtout dans les formes fibreuses, une courbe de température sans aucun caractère spécial.

Sueurs. — Il en est de même pour ce symptôme. Il est possible qu'il ait été constaté chez des phthisiques avérées porteuses accessoirement d'une tuberculose tubaire. Mais, chez les malades qui nous intéressent, celles qui se plaignent d'une salpingite tuberculeuse (que les anciens appelleraient primitive), les sueurs ne sont jamais constatées.

Troubles digestifs. — Assez souvent mentionnés, surtout comme signe du début de l'évolution clinique, signe qui est fréquemment le premier à inquiéter la

malade et à la pousser à venir consulter. Le plus souvent il s'agit de perte d'appétit, plus rarement de nausées, exceptionnellement de vomissements.

Ces symptômes sont bien dus à une altération profonde de l'état général et non pas à une lésion tuberculeuse de l'estomac. Dans un seul cas, en effet, il a été constaté des granulations sur l'estomac, qui était très dilaté et descendait au-dessous de l'ombilic. Or cette malade présentait bien de l'anorexie, mais ni vomissements, ni nausées (observation d'Albertin et Rouget. — Salpingite tuberculeuse avec volumineux abcès froid de l'ovaire. *Soc. Sc. Méd. Lyon*, 7 fév. 1912).

Des troubles fréquemment constatés sont la diarrhée et surtout la constipation que l'on trouve mentionnée dans la plupart des observations. Quelquefois il y a alternance de constipation et crises diarrhéiques, et même coliques intestinales. Dans ces cas, il faut supposer un retentissement péritonéal important.

Amaigrissement. — Pour nous, ce symptôme présente une importance toute spéciale, par sa précocité, son importance et sa constance.

Il est précoce, à tel point que très souvent c'est le premier signe que rapporte les malades.

Il est important parce qu'il est rapide, prononcé, souvent considérable, et qu'il apparaît sans cause.

Il est constant à peu d'exceptions près. Cependant il n'est quelquefois pas évident. La malade a une apparence maligne, chétive, un faciès pâle, amaigri, un manque de développement apparent, une sensa-

tion de faiblesse plus ou moins prononcée, et cependant elle ne se rend pas compte d'avoir maigri. Il faut un interrogatoire précis ou des pesées répétées pour déceler cet amaigrissement. Cependant il existe quelques observations où l'état florissant de la malade a été constaté : il nous a semblé que cette exception se rencontrait plus particulièrement dans l'abcès froid tubaire et dans les formes fibro-plastiques, et autant dire jamais dans les formes caséeuses propagées au péritoine.

Dans 5 de nos observations, il y a toujours mention d'amaigrissement prononcé et rapide.

La seule observation où il n'y a pas eu d'amaigrissement se rapporte à la forme « abcès froid ». Néanmoins, après l'opération, la malade a engraisé de 2 kilos.

Obs. 7 (due à l'obligeance de M. le Dr Robert Dupont). —
Abcès froid tubaire bilatéral.

Mme J..., 33 ans.

Antéc. héréd. : Père mort d'accident.

Mère morte cardiaque.

Un frère bien portant.

Mariée une première fois à un tuberculeux mort en 1913.

Antéc. personnels : Remariée il y a un an.

N'a jamais été malade.

Réglée à 14 ans. Règles normales.

Pertes blanches très rares.

N'a jamais eu de grossesse.

Pas d'amaigrissement.

Histoire de la maladie :

Le 10 octobre 1921 : perte rouge abondante.

Souffrait à ce moment dans le côté droit depuis 10 jours.

Pas de fièvre.

Examen à cette époque : Douleur à la palpation au-dessus

de l'arcade crurale droite. Toucher : le col est gros, ainsi que l'utérus. On perçoit à droite une masse du volume d'une orange. Cette masse est mobile, elle donne une sensation très particulière : en effet quand on presse dessus on sent son contenu s'étaler sous le doigt, on a la sensation d'appuyer sur du mastic. Cette masse siégeant à droite et un peu au-dessus de l'utérus, loin par conséquent du rectum. On peut donc éliminer le rectum qui, lorsqu'il est plein de matières donne cette sensation. A gauche on perçoit beaucoup plus haut une autre masse qui ne présente pas les mêmes caractères, mais est au contraire dure.

Aucune douleur au toucher. Pas de fièvre.

On pose le diagnostic de double salpingite probablement tuberculeuse.

Opération le 14 octobre 1921 :

Anesthésie générale à l'éther. Laparatomie médiane sous-ombilicale. Décollement facile des annexes droits. La trompe droite est énorme, accolée à la face postéro-externe de l'utérus. Libération et ligature au fur et à mesure. Même aspect à gauche, même manœuvre. Hystérectomie subtotal. Pas d'ascite, ni de lésion péritonéale. Appendicectomie. Péritonisation complète. Fermeture complète sans drainage. Suites simples. Lever le 12^e jour. Part le 15^e jour.

Examen des pièces :

Ovaires normaux.

Utérus un peu gros, mais normal.

Trompes ont la forme de poires dont la grosse extrémité est au niveau de l'ampoule. Elles contiennent une masse caséuse, non purulente, pâteuse.

Pas de granulations.

Muqueuse gris jaunâtre, non ulcéré.

Examen histologique fait par M. le D^r Leroux, préparateur d'anatomie pathologique à la Faculté : « Dans le chorion de la trompe, infiltration d'une série de nodules tuberculeux typiques. Dans la portion distendue n'existe plus qu'un magma caséux avec dépôt de cristaux ».

Nous avons, après son opération, envoyé cette femme à la campagne. Le 8 décembre 1921 elle nous écrit qu'elle va très bien. Elle a engraisé de 2 kilogs.

SIGNES FONCTIONNELS. — La tuberculose tubaire peut se traduire par des signes fonctionnels que l'on peut diviser en 3 groupes :

- α) Phénomènes douloureux;
- β) Troubles menstruels;
- γ) Pertes blanches.

Nous dirons tout d'abord qu'une importance trop grande leur a été accordée, que leur absence est fréquente et que leur présence ne constitue pas, en général, un symptôme important pour établir le diagnostic.

Phénomènes douloureux. — Les phénomènes douloureux sont notés dans presque toutes les observations, et les différents auteurs y insistent particulièrement. Nous pensons qu'il y a là une erreur ou tout au moins une exagération sensible, tout au moins en ce qui concerne les formes fibro-plastiques et l'abcès froid nettement individualisé.

Les douleurs aiguës, brusques, parfois presque syncopales sont souvent signalées au début de l'affection. Remilly, sur 28 cas de salpingite tuberculeuse, trouve 10 fois au début des crises douloureuses violentes. Nous-mêmes, chez 2 de nos malades, nous avons trouvé ces crises (observations 4 et). Nous avons tendance à croire que ces crises ne viennent pas directement du développement de la tuberculose tubaire, mais plutôt d'une complication ou d'une affection concomittante. Nous avons été frappé par ce fait que, presque chaque fois que mention est faite de crises douloureuses nettes, le siège est à droite,

au voisinage du point appendiculaire et, chez nos deux malades, l'opération a montré que l'appendice semblait avoir été touché par le processus de sclérose. Il nous semble donc que ces crises doivent le plus souvent être attribuées à une extension de la lésion tuberculeuse, soit à une affection intestinale de nature le plus souvent appendiculaire.

Nous croyons aussi que souvent la mention de douleurs relève d'un défaut dans la façon d'interroger la malade : cette malade qui vient consulter a déjà eu le plus souvent, par des examens précédents, l'attention attirée du côté de son abdomen; elle a étudié longuement les moindres sensations douloureuses qu'elle ressent, et lorsqu'on lui pose la question « Avez-vous des douleurs dans le ventre ? », elle répond affirmativement.

En réalité, dans la majorité des cas, on ne trouve pas, en précisant, des douleurs violentes aiguës.

Ce que les malades ressentent plutôt, c'est une sensation de gêne, une impression de pesanteur, localisée dans le bas-ventre en arrière du pubis, quelquefois du côté du périnée postérieur lorsque le rectum se trouve intéressé par la réaction péritonéale ou la compression de trompes particulièrement grosses et basculées en arrière.

Assez rarement la malade accuse quelques irradiations iliaques, lombaires ou crurales. Quelquefois leur siège coïncide exactement avec les articulations sacro-iliaques (Bouilly). Ces irradiations sont le plus souvent intermittentes, passagères, sourdes. Elles peuvent

cependant être très violentes, comme nous le voyons dans l'observation 9. Violet (cité par de Jong) attribue ces douleurs des membres inférieurs à une névrite par compression des racines nerveuses par les ganglions hypogastriques hypertrophiés.

A ces phénomènes douloureux on a attribué deux signes d'une très grande importance pour certains.

Ces sensations pénibles deviendraient des douleurs réelles dans les jours qui précèdent les règles, comme nous avons pu le constater nous-mêmes une fois (obs. 7). Elles seraient aussi augmentées par la fatigue, la station debout prolongée, les rapports sexuels, la constipation, etc.

Le second signe, signalé par Jamin et Violet, après le Professeur Polosson, consiste en cette particularité qu'elles sont moins bien calmées par le repos au lit que les douleurs salpingiennes ordinaires; Remilly a constaté 2 fois cette tenacité de la douleur résistant au lit et à la glace. Il ne nous pas été donné de faire une telle constatation. Les phénomènes douloureux que nous avons trouvés ne présentaient jamais de caractères particuliers de violence ou de ténacité.

Nous donnons ici l'observation où les phénomènes douloureux, les crises, le siège à droite étaient particulièrement nets et firent penser, au début, à une appendicite (douleur à droite, vomissements, constipation). Mais il n'y eu jamais d'élévation de température.

OBS. 8. (due à l'obligeance de M. le Dr Robert Dupont. — *Salpingite tuberculeuse à forme hyperplasique avec pelvi-péritonite tuberculeuse.*

Mme D..., 45 ans.

Antéc. héréd. : Père âgé de 78 ans, bien portant.

Mère morte d'une affection de la rate (?)

Deux frères et une sœur bien portants.

Mari mort peu après l'opération de sa femme d'une affection pulmonaire aigue. Avant cela avait toujours été bien portant.

Antécéd. personnels : « S'enrhume facilement, aurait eu souvent des congestions pulmonaires ». Règles normales, très légèrement douloureuses. Pertes blanches.

N'a jamais eu de grossesse.

Constipation chronique. Amaigrissement rapide. Cette femme souffre du ventre depuis un an.

Elle a eu notamment à trois reprises des crises caractérisées par des vomissements, avec douleurs à droite, mais non accompagnées de température.

En 1920 elle a eu une broncho-pneumonie grippale fort grave et c'est depuis cette époque qu'elle souffre du ventre. Il n'y a pas de lésions pulmonaires. Elle nous est présentée comme appendicite.

L'aspect de la malade est assez bon. Le ventre est un peu ballonné et la palpation de l'étage inférieur est douloureuse. Le maximum de la douleur siège au-dessous du point classique appendiculaire. Pas d'ascite perceptible.

Au toucher on trouve un utérus fixé en antéverson; à droite on perçoit une masse empâtée dont le toucher est très douloureux. Jamais de fièvre.

Diagnostic posé : salpingite double.

Opération le 5 février 1921 sous anesthésie à l'éther.

Laparotomie médiane sous-ombilicale. Le péritoine du petit bassin et du cœcum est couvert de granulations jaunes tuberculeuses typiques. L'intestin grêle et le cœcum adhèrent aux annexes et à l'utérus. On les en sépare facilement.

Le petit bassin est plein de liquide citrin.

Les annexes droites énormes formant une seule masse sont décollées. Celles de gauche moins volumineuses peuvent l'être aussi facilement. Ligature des pédicules au fur et à mesure.

Hystérectomie subtotal. La péritonisation exacte est impossible à cause du manque d'étoffe. On peut néanmoins recouvrir toutes les surfaces dénudées avec l'S iliaque.

Appendice petit, réduit à un cordon fibreux sous-cœcal,

enlevé et enfoui. Fermeture complète en 3 plans, sans drainage.

Suites normales. Lever le 10^e jour. Sortie le 15^e.

Suppuration consécutive et tardive due à l'élimination défectueuse d'un catgut du plan aponévrotique. Le fil enlevé la réunion de la plaie se fait en 8 jours.

Héliothérapie consécutive tout l'été.

Examen des pièces : Forme hyperplasique. Pas de pus dans les trompes. Ovaires bourrés de kystes.

Le cas est si typique que l'on ne fait pas d'examen histologique.

Revue en novembre 1921 (après 10 mois).

La malade souffre encore de temps en temps.

Elle est moins constipée.

A la palpation le ventre est un peu sensible à droite.

L'état général est excellent.

Elle a engraisé de 10 kilogs.

Nous rapportons ci-dessous une des rares observations où les irradiations dans les membres inférieurs sont signalées.

Obs. 9. — *Tuberculose de l'utérus et des trompes*. Présentée à la Société anatomique de Paris. Juillet 1921, par MM. LORRAIN et BLOT.

Mme P..., 43 ans, sans profession. Pas d'antécédents héréditaires. Régée à 13 ans. Règles douloureuses pendant les premiers jours. A 25 ans typhoïde grave, à la suite douleurs menstruelles plus accusées.

Mariée à 33 ans. Mari bien portant, n'a jamais présenté d'écoulement suspect ni de troubles génito-urinaires. Les rapports conjugaux n'ont jamais été douloureux.

A 34 ans, grossesse. Travail difficile. Intervention du Dr Bouffe de St-Blaise qui aurait transformé une face en sommet et aurait diagnostiqué l'existence d'une tumeur fibreuse probable.

A 41 ans (1919) grippe à type pulmonaire; guérison.

En janvier 1921 la malade éprouve des douleurs violentes, ponctives dans les environs du point de Mac Burney, mais plutôt au-dessous, douleurs irradiant dans les membres infé-

rieurs. L'apparition des règles diminue la douleur, mais dès que les règles sont terminées, les douleurs réapparaissent. On diagnostique une métrite et on fait des cautérisations du col.

Le Dr Villandre diagnostique un utérus fibromateux et un col en mauvais état et conseille une hystérectomie. La malade entre dans son service le 17 mai 1921, à l'Hôpital Saint-Joseph.

Bon état général, pas d'amaigrissement, pas de température, pas de troubles vésicaux ni rectaux, pas d'albumine ni sucre.

Cœur et poumons paraissent normaux.

Toucher vaginal. Utérus gros, redressé légèrement, latéro-dévié à droite, les culs-de-sac ne sont pas douloureux.

Opération le 25, mai. Chloroforme.

Anses intestinales vélamenteuses, surtout au niveau du colon pelvien. Péritoine vésical infiltré surtout à droite ainsi que vers le ligament rond. Existence de liquide cloisonné. Utérus d'aspect fibromateux avec granulations jaunes. Hystérectomie totale. Appendicectomie.

Examen anatomo-pathologique.

Utérus ovoïde, allongé, d'une hauteur de 13 cm, d'une circonférence maxima de 21 cm. A la surface quelques nodules fibromateux. Les trompes présentent des bosselures et sont dilatées. A la coupe on voit des parties blanchâtres, en apparence caséifiées et des caillots sanguins. L'utérus ouvert montre, en plein muscle, deux masses blanchâtres, ramollies, l'une grosse comme une noix, l'autre comme une bille. Ces masses ne communiquent pas avec la cavité utérine. Les coupes histologiques des trompes faites au niveau des bouclures montrent : des lésions tuberculeuses diffuses, au milieu de franges épithéliales en réaction adénomateuse, on y voit des follicules avec des cellules géantes et de très rares bacilles de Koch. Les coupes faites au niveau des masses utérines montrent un tissu caséifié, sans structure et infiltrant le muscle utérin, quelques follicules tuberculeux. Muqueuse de l'isthme hypertrophiée sans lésions tuberculeuses à ce niveau.

Il est assez difficile de préciser le rapport qui existe entre l'évolution de la salpingite tuberculeuse et ces sortes de douleurs, chez une malade aussi complexe

(passé obstétrical, utérus fibromateux et tuberculeux, tuberculose tubaire, âge).

Nous verrons également plus loin (Observ. 16) que les douleurs peuvent s'étendre, quitter le bassin, pour devenir épigastriques ou même thoraciques, par suite de l'extension des lésions.

Mais, pour nous, il nous est impossible de reconnaître un caractère spécial aux douleurs qu'accusent les malades porteuses de salpingites tuberculeuses : elles ne nous semblent être pas plus tenaces, violentes ou quinteuses que dans les autres affections tubaires. Nous serions plutôt porté à les croire moins prononcées et plus tolérables que dans n'importe quelle autre forme de salpingite.

Troubles menstruels. — Il faut reconnaître que ces troubles sont particulièrement fréquents. Remilly les a constaté 17 fois sur 32 cas, et cependant ne leur reconnaît aucun caractère spécial. Chez 3 de nos malades les règles ont toujours été normales, chez l'une peu abondantes, chez une autre un peu douloureuses. Chez les 3 autres les troubles sont plus nets : l'une a des règles peu abondantes et très irrégulières (Obs. 16) ; l'autre, bien réglée depuis 19 ans, a eu une perte rouge abondante survenant brusquement après une période de 10 jours de douleurs (Obs. 7) ; enfin la dernière, réglée à 15 ans, avait des règles très peu abondantes, indolores, mais séparées souvent par des intervalles de 6 mois (Obs. 13).

Malgré cette fréquence, il est difficile de leur recon-

naître un caractère particulier qui puisse pousser le diagnostic vers la tuberculose.

Cependant A. Martin, Poncet et Leriche, à la suite de Hollos et Eisenstein, Vincent, leur accordent une très grande importance, et, pour eux, ces troubles sont tellement constants dans la tuberculose, qu'ils doivent éveiller l'attention.

Notre malade, qui présentait de longues périodes d'aménorrhée, avait un utérus un peu gros quoique paraissant sain et les deux ovaires, étouffés par les fausses membranes, étaient kystiques.

L'autre malade, qui eut une perte brusque inattendue, avait des ovaires normaux mais l'utérus était un peu gros.

Enfin la troisième malade est une malade si complexe, chez qui la tuberculose ne cessa d'évoluer sur les organes les plus divers, que l'intoxication tuberculeuse peut y être admise facilement.

De ce qui précède, nous voyons que ce n'est en somme qu'assez peu souvent que le diagnostic peut reposer sur la constatation d'un de ces troubles menstruels. La dysménorrhée, même précédée d'une période plus douloureuse, est aussi fréquente dans les autres affections génitales. L'aménorrhée présenterait peut-être un caractère plus important lorsqu'elle survient chez des jeunes femmes dont l'état général semble parfaitement conservé, puisque dans ces cas il est difficile d'admettre une anémie ou une déchéance organique (Poncet et Leriche). Au contraire, survenant chez des femmes amaigries, elle ne peut

guère plaider en faveur d'une tuberculose locale. Quant aux ménorragies ou métrorragies, elles ne constituent que des signes d'une affection surajoutée ou concomittante : tuberculose du corps utérin, fibrome du fond de l'utérus, et même tuberculose pulmonaire. Vincent, en 1901, a insisté sur les métrorragies survenant comme un stigmate précoce de tuberculose aiguë, avant-coureur d'une localisation pulmonaire, révélateur de lésions spécifiques de la muqueuse utérine. Ces « hémoptysies utérines » peuvent exister en dehors de toutes lésions virulentes et avoir le caractère purement congestif. Cependant Veit, puis Jamin et Violet (1904) ont publié des cas où les métrorragies étaient dues à l'envahissement des ovaires ou d'un utérus laissés en place dans une première opération.

OBS. 10-11 (résumé). — Une malade de Jamin et Violet (Obs. VI de leur publication parus in *Lyon Médical*, 18 sept. 1904, p. 457), vierge de 25 ans, n'a pas eu de métrorragie lors de sa première poussée répondant à l'infection de sa trompe gauche, qui fut seule enlevée à la première intervention. Trois mois après elle revient avec des pertes sanglantes incessantes. Ce sont des pertes que rien n'arrête, ni le repos ni les injections chaudes. A l'opération elle a surtout de l'ovarite.

Telle est aussi l'histoire d'une autre de leur malade (Obs. IV, même publication) : on intervient pour ses douleurs; ovaires et trompes sont enlevés tour à tour. Il lui reste son utérus. Trois mois après elle revient pour des hémorragies abondantes.

PERTES BLANCHES. — Les pertes blanches sont loin d'être constantes; elles semblent néanmoins assez fréquentes. Nous ne croyons pas qu'elles se rencontrent plus fréquemment et avec d'autres carac-

tères que dans d'autres affections génitales. Pour nous elles ne constituent pas un symptôme tubaire, mais indiquent simplement une participation congestive ou infectieuse.

Ces pertes deviendraient au contraire un signe de la plus haute importance, si elles étaient nettement purulentes, tachant le linge en vert, non modifiées par les injections comme l'ont constaté Jamin et Violet. Elles permettraient même de poser un diagnostic ferme si elles contenaient souvent des débris caséux, comme en a trouvés Cornil.

Mais ce sont là des exceptions que l'on compte dans toute la littérature de la tuberculose tubaire.

Cependant Routier admet la possibilité de vomiques salpingiennes, traversant un utérus sain. Dans notre observation 3, nous avons vu que Delore, au sujet d'un kyste tubo-ovarien, admet la probabilité du reflux du liquide dans la trompe et l'utérus.

A notre avis, il ne faut pas se baser sur ces écoulements pour asseoir un diagnostic, car leur fréquence est trop grande chez les jeunes filles et jeunes femmes, en dehors de toute lésion génitale tuberculeuse, puerpérale ou vénérienne. D'autre part, exception faite du cas de Cornil, nous n'avons jamais trouvé mention qu'un examen bactériologique ou une inoculation de perte blanche ou purulente, ait permis de poser un diagnostic de tuberculose.

TROUBLES URINAIRES. — Les troubles de la miction, plutôt douloureux que disuriques, sont assez fré-

quents. Comme nous l'avons déjà dit au chapitre « Anatomie pathologique, vessie », nous ne voyons là qu'un simple phénomène congestif ou compression qui disparaît aussitôt l'opération pratiquée. Lorsqu'il y a des phénomènes nets de cystite tuberculeuse associés à une annexite tuberculeuse, il faut soupçonner une tuberculose urinaire concomittante (néphrite tuberculeuse) plutôt qu'une tuberculose tubaire propagée à la vessie.

L'albuminurie prononcée (12 gr.), sans cause apparente, a été signalée une fois par Violet (1912). Nous n'avons jamais trouvé autre part mention de ce fait. Aussi reproduisons-nous ici cette observation, intéressante aussi par ce fait qu'elle présente un kyste de l'ovaire à côté d'une trompe tuberculeuse, et qu'après ce propos, Violet semble admettre les idées de Poncet et Leriche, sur lesquelles nous avons insisté au sujet des lésions tuberculeuses inflammatoires.

OBS. 12 (Publiée par D^r Violet, Soc. Sc. Méd., Lyon 1^{er} mai 1912). — *Tuberculose hypertrophique de la trompe avec kyste tuberculeux inflammatoire. Albuminurie.*

Il s'agit d'un kyste de l'ovaire lié très probablement à la tuberculose inflammatoire, c'est-à-dire à de la tuberculose non signée histologiquement et bactériologiquement, mais développé au contact d'une tuberculose tubaire vérifiée histologiquement et bactériologiquement.

31 ans, mariée, sans enfant. Mère morte tuberculeuse.

Il y a un an, tuberculose pulmonaire grave, soignée, dura 5-6 mois.

Après une amélioration de quelques mois la malade fit une poussée du côté de l'intestin et des phénomènes entéritiques graves apparurent.

Septembre dernier, un an après les premiers symptômes pulmonaires, une tuméfaction de la fosse iliaque gauche

apparut, augmentant progressivement. Cette tumeur fut ponctionnée : il s'en écoula un liquide séreux, jaune citrin; plus d'un litre est retiré. Quelque temps après la tumeur était aussi volumineuse.

Diagnostic posé : kyste de l'ovaire, et la malade me fut adressée.

A ce moment, février 1912, au point de vue local on constatait une masse fluctuante occupant l'hypogastre et la fosse iliaque gauche, du volume d'une tête d'adulte, indolente à la pression. L'utérus était dévié à droite, indépendant.

Au toucher rectal on sentait la base du ligament large correspondant à la tumeur, dure et infiltrée. Localement on faisait le diagnostic de kyste de l'ovaire gauche.

L'état général était très mauvais, le facies était pâle, terreux, amaigri.

Il y avait un gros œdème des parties inférieures remontant dans le dos jusqu'à la région lombaire.

L'urine contenait de l'albumine : 12 gr. par litre.

Température : 39° le soir.

En présence d'un semblable fait, il me semblait difficile de rattacher à cette lésion gynécologique l'ensemble de ces symptômes.

Il aurait fallu admettre un kyste suppuré pour expliquer la température, l'albuminurie, la cachexie.

Or ce kyste était indolent et peu tendu; je fis un cathétérisme des uretères pour me rendre compte si l'albuminurie était bilatérale ou bien si elle n'existait que du côté du kyste pouvant déterminer une compression passagère de l'uretère.

L'albuminurie était bilatérale et à peu près égale des deux côtés.

Le Prof. Polosson consulté conseille l'opération comme seule planche de salut.

1°) Cure de déchloruration qui fait disparaître l'œdème en quelques jours;

2°) Intervention. Anesthésiée éther.

On tombe sur un kyste intraligamentaire avec une trompe tuberculeuse adhérente à l'S. iliaque.

Quitte l'hôpital le 20^e jour.

L'albuminurie n'a pas disparu mais de 12 est tombée à 8 gr.

Dans la discussion qui accompagne cette observation, le D^r Violet rappelle que l'albuminurie des fibromes existe bien mais disparaît avec l'ablation. Dans son cas, il croit qu'il faille admettre qu'il existait une néphrite, probablement de même nature tuberculeuse, qui était aggravée par les résorptions infectieuses qui se passaient au niveau de la trompe malade.

SIGNES PHYSIQUES. — Inspection. — Ne décèle rien, en général. Elle montre simplement le faciès, l'habitus du malade, la pâleur des téguments, quelquefois les cicatrices d'anciennes lésions tuberculeuses.

Quelquefois cependant elle révèle une augmentation du volume du ventre, qu'il s'agisse de ventre aplati en cas d'ascite libre, ce que nous n'avons jamais constaté, qu'il s'agisse de ventre irrégulièrement augmenté en cas d'ascite cloisonnée ou de météorisme, où qu'il s'agisse d'une voussure nettement localisée comme dans plusieurs cas d'énormes abcès froids tubaires.

Dans nos 6 observations nous n'avons constaté une augmentation du ventre que dans 2 cas.

Dans l'observation 13 il y a simplement un léger ballonnement.

Par contre, dans l'observation 5, le ventre énorme, globuleux, présentait l'aspect de grossesse à terme, et contenait une ascite libre considérable.

Palpation. — Comme l'inspection, ne fournit que des renseignements bien vagues, bien que théorique-

ment elle devrait permettre de révéler des signes très importants : délimitation des tumeurs, présence d'ascite cloisonnée, degrés de la douleur provoquée.

Or, chaque fois que l'opération révèle une ascite cloisonnée et même une ascite banale même assez importante, la palpation n'a rien indiqué.

Dans notre observation 8, la palpation avait indiqué un peu de ballonnement et, à l'opération, le petit bassin était plein de liquide. L'ascite avait pourtant été recherchée, comme l'indique la mention : « Pas d'ascite libre ».

Donc ce n'est que rarement que la palpation, associée à la percussion, permette de déceler une ascite, à moins qu'elle ne soit énorme (Observ. 5), ou qu'il s'agisse d'une de ces formes qui a été décrite sous le nom d'ascite essentielle des jeunes filles.

La palpation est le plus souvent indolore, surtout dans les formes fibro-plastiques et dans l'abcès froid tubaire isolé. Dans notre observation 4, elle était quelque peu douloureuse, dans la fosse iliaque droite, au-dessous du point appendiculaire. Dans l'observation 16, le palper montra une défense marquée de toute la région sous-ombilicale. Enfin dans l'observation 13 on trouve : douleur à la palpation dans la fosse iliaque droite avec maximum un peu au-dessous de la ligne joignant l'épine iliaque à l'ombilic; douleur diffuse sans localisation nette en un point.

En réalité, la palpation ne fournit que bien rarement les indications qu'il serait utile qu'elle fournisse : •

sensation d'ascite surtout cloisonnée, sensation de plastron formé d'anses agglutinées au-dessus du petit bassin, délimitation de la tumeur ou de la région nettement sensible, froissements péritonéaux.

Percussion. — A la percussion s'applique les mêmes remarques, puisque dans les observations que nous avons consultées ce n'est qu'exceptionnellement que nous l'avons vu fournir un renseignement important. Le plus souvent elle permet simplement d'éliminer les zones sonores dues à l'intestin et l'estomac. Les zones de matités qu'elle donne sont beaucoup plus vagues. Un signe presque constant : c'est qu'elle n'est pas douloureuse.

Auscultation. — Ne fournit une indication que lorsque l'on veut éliminer le diagnostic d'une grossesse de plus de 4 mois 1/2 environ.

Toucher et palper combinés. — Nous devons donc reconnaître qu'en général l'examen extérieur du ventre ne nous fournit que de très vagues renseignements.

En réalité, lorsque le diagnostic est faisable, c'est la main ou plutôt les deux mains qui touchent et palpent simultanément, qui recueillent le plus grand nombre d'indices.

Le diagnostic d'une tuberculose tubaire est toujours délicat, aussi faut-il s'entourer de toutes les garanties qui permettent d'examiner soigneusement la malade.

Cet examen de l'appareil génital doit être complet,

systématique, méticuleux, répété à plusieurs jours ou quelques semaines d'intervalle. Cette répétition à distance des examens permettra de discerner cette évolution lente, indolore qui constituera un signe important.

La femme à examiner, rectum et vessie vides, sera couchée dans le décubitus dorsal, la tête basse reposant sur le plan du lit, les cuisses en légère abduction, les jambes fléchies, le siège reposant sur un coussin ou sur les deux poings fermés.

Successivement, le chirurgien examinera du doigt la vulve, le vagin, le col, l'utérus, les annexes droites et la partie droite du bassin avec la main droite, les annexes gauches et la partie gauche du bassin avec la main gauche.

Quels symptômes importants pourront être révélés dans les cas les plus heureux ?

Accessoirement on constatera les caractères des écoulements vaginaux, l'état des glandes de Bartholin, l'état de développement des organes génitaux extérieurs. Le vagin ne révèle rien de particulier. La présence de symptômes gonococciques (vaginite) est seule importante parce que, pour nous, elle éloigne presque fatalement l'idée d'une association tuberculeuse.

Le col est très variable. Il peut être petit, lisse, régulier, sans ulcérations, ni œufs de Naboth, quelquefois nettement infantile. Assez souvent nous l'avons trouvé un peu gros, un peu mou, sans cause appréciable.

De même il peut être mobile comme dans les tuber-

culoses tubaires nettement localisées, l'abcès froid en particulier. Le plus souvent, on ne peut le mobiliser, il est soudé comme dans une coulée de ciment, et cela dans toutes les formes ou des adhérences ont envahi le petit bassin ou lorsque les ligaments larges se trouvent infiltrés.

Les mêmes réflexions s'appliquent à l'utérus qui peut être normal le plus souvent, quelquefois un peu gros et un peu mou, bien souvent petit et infantile.

De même sa mobilité peut être normale ou bien des adhérences ou le développement énorme d'une trompe peut le fixer en sa situation habituelle ou non.

De Bovis et Bazterria avaient signalé une augmentation périodique de l'utérus. Nous n'avons jamais trouvé ce signe noté dans les différentes observations que nous avons consultées.

Les ligaments larges, infiltrés par la lymphangite tuberculeuse, donneraient une sensation d'induration toute spéciale, et qui ne se recontrerait guère en dehors de la tuberculose que dans le cancer et le phlegmon ligneux puerpéral (Delore et Chaliér).

Le cul-de-sac de Douglas peut être absolument normal, souple et libre. C'est l'exception. En effet, même dans les salpingites tuberculeuses pures sans retentissement péritonéal, les annexes ont une tendance, généralement reconnue, à basculer en arrière. A plus forte raison, lorsque le péritoine a réagi par des adhérences ou des exsudats, la paroi du Douglas est plus ou moins rigide, donnant plus ou moins la sensation de carton mouillé.

Malgré cette induration des culs-de-sac, Delore et Chalié pensent qu'il est possible de sentir du côté des ligaments utéro-sacrés, des nodosités pisiformes qui, pour Hegar et Wieland, possèderaient une grande valeur diagnostique. Ces nodosités, de volume variable, pourraient dans certains cas devenir confluentes, au point de donner au doigt la sensation d'une râpe. Ce signe serait, pour Hegar, Jamin et Violet, la signature du processus tuberculeux. Wieland, dans sa thèse de Fribourg, 1894, a rapporté des observations dans lesquelles le diagnostic fut fait sur ce signe et Bulius a de nouveau attiré l'attention sur la valeur de cette donnée. Jamais nous n'avons trouvé mention d'un tel signe dans les observations plus modernes.

Du côté des annexes on trouve le plus souvent les signes d'une annexite double. Les trompes sont presque toujours augmentées de volume, prolabées en arrière dans le cul-de-sac de Douglas, quelquefois collées contre l'utérus, parfaitement indolores, ou au moins d'une sensibilité très atténuée qui ne rappelle en rien la douleur exquise des annexites banales.

La consistance en est des plus variable. Le plus souvent dures, bosselées, à contours peu nets, adhérentes à l'utérus et aux parois pelviennes, le tout formant quelquefois un bloc compact qu'il est impossible de mobiliser.

D'autres fois, les annexes ne sont pas senties ou sont remplacées par deux tumeurs qui semblent non plus pelviennes mais abdominales. C'est le cas de

certaines abcès froids tubaires dont le volume peut être si considérable qu'ils atteignent la hauteur de l'ombilic.

Il est un signe que nous avons trouvé répété dans presque tous les ouvrages parus depuis 30 ans sur la tuberculose tubaire : il consiste en la présence de nodosités sur toute la trompe et surtout au niveau de la portion isthmique (nodosités qu'il faut distinguer de celles signalées précédemment). Hegar, Wieland et Alterthum, qui décrivirent pour la première fois ces formations, en faisaient un signe certain de tuberculose. Pour Rosthorn, elles étaient caractéristiques lorsqu'elles siégeaient au niveau de l'isthme.

Kehrer le jeune, de Fribourg, considérait ces nodosités comme étant de nature blennorragique, tandis qu'il considérait plus volontiers un signe de tuberculose dans les nodosités siégeant au niveau ou dans l'épaisseur des cornes utérines.

Depuis, Chiari et Schauta, qui ont décrit la salpingite isthmique noueuse, se sont basés sur la présence de ces nodosités pour affirmer l'origine blennorragique.

Personnellement nous n'avons jamais rencontré rien de tel, et dans les diverses observations parues depuis 1900 nous n'en avons trouvé que deux cas.

Jamin et Violet (1904) dans un seul cas, les portions isthmiques étaient dilatées, noueuses, débordant les cornes utérines de manière à les recouvrir. Comme nous, ils ne l'avaient jamais vu dans les salpingites blennorragiques.

Remilly n'a jamais trouvé cette forme en chapelet (rosenkranzformige), et cependant, dans un cas, il y avait anatomiquement des lésions qui auraient été capables de donner cette sensation. Cependant le toucher n'avait rien révélé.

Il est un signe que nous n'avons pas encore vu signalé et que nous avons décrit dans notre observation 7. Il s'agissait d'abcès froid tubaire. On percevait à droite une masse du volume d'une orange. Cette masse était mobile, mais donnait une sensation particulière quand le doigt pressait dessus : le contenu s'étalait sous le doigt et on avait l'impression d'appuyer sur du mastic. Cette sensation de « mastic », jamais décrite, constitue pour nous un signe de la plus haute importance et qu'il doit être possible de trouver assez souvent dans les abcès froids tubaires.

Dans les formes fibro-plastiques il nous semble que le plus souvent le doigt recueille une impression de dureté assez nette. Remilly a constaté 11 fois cette dureté de la tuméfaction.

Un autre signe qui s'explique facilement, mais que nous n'avons pas encore trouvé, est l'impression de flottement de l'utérus et des annexes, en cas d'ascite.

Toucher rectal. — Doit être exclusivement employé lorsqu'il existe un hymen insuffisamment perméable. Même dans les cas habituels il y a intérêt à le pratiquer soit seul, soit associé au toucher vaginal (toucher en ciseaux). Il complètera le toucher classique et fournira peut-être quelques précisions sur l'état de la paroi rectale et du Douglas.

Spéculum. — Pour être complet, on peut examiner la cavité vaginale et le col. Cet examen est en général stérile. Tout au plus permet-il de constater l'état de la paroi vaginale, l'écoulement de pertes blanches, purulentes ou rouges à travers l'orifice du col, une ulcération rarissime du col, toutes choses que le doigt exercé aura déjà repérées.

Examen radiographique. — Au contraire, cet examen est, à notre avis, absolument indispensable, comme nous le verrons au chapitre du diagnostic, pour éliminer certaines tumeurs intestinales.

DIAGNOSTIC

DIAGNOSTIC POSITIF. — Le fait que les lésions tuberculeuses de la trompe ont été si longtemps méconnues, indique assez la difficulté de poser un diagnostic ferme, d'autant plus que dans la longue énumération que nous venons de faire des symptômes, on nous a vu réfuter la plupart de ceux qui avaient été donnés comme pathognomoniques.

Le diagnostic de la tuberculose tubaire est-il donc impossible à poser avant l'opération ?

Evidemment il existe des formes qui passent complètement inaperçues, sans aucun symptôme fonctionnel, physique ou général. D'autres fois, il s'agit d'une annexite d'aspect tout à fait banal, dont l'examen microscopique peut seul révéler la nature tuberculeuse.

Néanmoins, il existe un bon nombre de salpingites pour lesquelles un examen clinique minutieux doit permettre de reconnaître, ou tout au moins de soupçonner la nature bacillaire. Il s'agit d'une affection qui demande à être dépistée. S'il n'existe pas de signe pathognomonique, il y a par contre presque toujours un ensemble de symptômes qui permettent de poser

le diagnostic : ces faits sont tirés aussi bien de l'examen que de l'interrogatoire.

Une forme, nettement individualisée, peut être facilement soupçonnée : il s'agit de l'abcès froid tubaire. Comme le dit Albertin, pour poser le diagnostic de ces tumeurs froides, la première chose nécessaire est de penser à la tuberculose. C'est ainsi que, dans les 3 cas qu'il rapporte, il montre bien la façon dont il a pu poser son diagnostic. A l'examen de la première malade, l'idée de la tuberculose ne lui vient pas à l'esprit et il pose à tort le diagnostic de kyste de l'ovaire. Dans le second cas, il se rappelle les signes constatés chez sa première opérée et pense à une tumeur kystique bilatérale des trompes. Chez une troisième malade, instruit par les deux cas précédents, il pose le diagnostic ferme d'abcès froid tubaire, qui se trouve confirmé à l'opération. Et il conclut que, pour faire le diagnostic d'abcès froid tubaire, « il suffit d'y penser ».

Chez la malade, venue consulter en juin 1921, le diagnostic pré-opératoire était celui de kyste de l'ovaire (Obs. 13).

Chez la seconde, venue consulter en octobre 1921, le diagnostic fait avant l'opération est « double salpingite probablement tuberculeuse » (Obs. 7).

Dans les autres formes les signes recueillis sont très variables, néanmoins il existe presque toujours un faisceau de symptômes ou de souvenirs qui constitue une base sérieuse pour soupçonner la probabilité de l'origine tuberculeuse de la salpingite constatée.

A notre avis, la tuberculose annexielle doit être soupçonnée, en présence d'un examen révélant des signes de salpingite, lorsqu'on trouve en plus un ou plusieurs des indices suivants :

Jeune fille vierge;

Jeune fille ou jeune femme sans passé génital ni puerpéral;

Développement insuffisant;

Hypoplasie génitale;

Antécédents suspects soit héréditaires, soit personnels;

Pas de température ou très légère;

Pas de sueurs;

Puberté tardive;

Dysménorrhée ou pertes survenant après une période de règles normales;

Amaigrissement marqué;

Toucher indolore;

Constatation d'ascite, surtout cloisonnée;

Sensation de « mastic ».

J. L. Faure et Siredey accordent une grosse importance à la dissociation des phénomènes fébriles très accentués, alliés à des altérations annexielles minimes. Plusieurs de leurs malades, malgré un état général à peu près satisfaisant et des masses annexielles ne dépassant pas le volume d'un œuf, sans aucun signe de suppuration, présentaient chaque soir une température qui dépassait parfois 40°. C'est là un fait que nous n'avons pas encore remarqué, ni trouvé signalé.

Chaque fois que l'on en aura la facilité il sera bon de recourir aux examens de laboratoire. Nous ne croyons guère cependant à leur secours.

Cornil est seul à avoir retiré un bénéfice de l'examen de l'écoulement vaginal.

D'autres prétendent retirer une grande certitude de diagnostic de l'examen des produits de curettage (Martin). Nous savons qu'actuellement on approuve peu cette technique.

L'examen du sang marquerait l'absence de leucocytose dans la salpingite tuberculeuse.

Enfin, lorsque l'on voit le Professeur Sergent affirmer que 95 % des adultes sont tuberculeux à la tuberculino-réaction, on comprend que nous n'attachons pas grande importance à l'intradermo-réaction de C. Mantoux, au séro-diagnostic tuberculeux d'Arlang et Courmont, ou autres réactions sérologiques. Tout au plus pourrait-on en tirer un indice au point de vue du pronostic.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL. — Il faut reconnaître que, dans presque toutes les observations publiées jusqu'ici, il y a eu erreur de diagnostic. Ce fait s'explique assez si l'on considère que ces observations remontent pour la plupart à une époque où la question était encore peu connue.

Dans les 6 observations que nous rapportons, deux fois le diagnostic a bien été posé avant l'opération (Obs. 4 et 7). Dans l'observation 16, on avait pensé à une salpingite banale chez une tuberculeuse. Dans

l'observation 5, la présence d'un kyste dermoïde n'avait pas permis de préciser la nature des lésions. Chez une autre malade, on pense simplement à une salpingite double (Obs. 8).

Chez la malade, dont nous donnons ici l'observation, après avoir éliminé la possibilité d'une grossesse, on crut à un kyste ovarien sans doute dermoïde (Obs. 13).

OBS. 13 (Due à l'obligeance à M. le D^r Robert Dupont). — *Salpingite tuberculeuse. Forme fibro-caséuse d'un côté, abcès froid de l'autre avec pelvi-péritonite tuberculeuse.*

Mlle L. V., 21 ans.

Antéc. héréd. : Père âgé de 57 ans. Pneumonie il y a 20 ans. A depuis « craché du sang » à plusieurs reprises. Tousse et crache tout l'hiver.

Mère, 56 ans, bien portante.

7 frères ou sœurs. 5 morts dont un à 2 ans de méningite (la dernière née).

2 frères qui vivent hors de la famille et sont en bonne santé.

Antéc. person. : Rougeole dans sa première enfance; scarlatine il y a 2 ans.

Souffre du ventre depuis cette époque.

Réglée à 15 ans, mais de façon tout à fait anormale, restait souvent 6 mois sans voir; voyait très peu, sans douleurs.

Pertes blanches.

Souffre dans tout le ventre, mais avec maximum à droite, ce qui avait fait porter le diagnostic d'appendicite.

Constipation habituelle.

1^{er} examen : fin juin 1921.

Sujet amaigri, aspect « souffreteux ».

Ventre légèrement ballonné. Douleur à la palpation dans la fosse iliaque droite, avec maximum un peu au-dessous de la ligne joignant l'épine iliaque à l'ombilic; douleur diffuse sans localisation nette en un point. Pas de matité.

Toucher : douleur du cul-de-sac droit sans empâtement. Col petit très en arrière, corps en antéflexion, gros et mou. Cul-de-sac gauche libre.

La malade n'ayant pas eu ses règles depuis 3 mois on pense à une grossesse possible et on demande un nouvel examen au bout d'un mois.

2^e examen : fin juillet 1921.

La malade a encore maigri. Pas de règles. Douleurs ont augmenté, toujours diffuses, vagues, sans aucun caractère précis.

Toucher : mêmes caractères à droite. Col toujours en arrière, mais on arrive à dissocier très bien l'utérus d'une masse para-utérine ayant à peu près le même volume que l'utérus, masse qui siège au-dessus et à gauche de lui. Cette masse est mobile, absolument indolore et molle. On ne porte pas de diagnostic précis. On pense plutôt à un kyste ovarien, sans doute dermoïde. Jamais de fièvre.

Intervention pratiquée le 9 août 1921, à l'hôpital de Mantes, par le D^r Dupont avec l'assistance du D^r Bosc (des Mureaux), médecin de la malade.

Anesthésie générale à l'éther (app. Ombredanne).

Le ventre ouvert, on trouve le péritoine pelvien rouge parsemé de granulations jaunâtres et cloisonné en plusieurs points. Les adhérences intestinales et épiploïques sont nombreuses mais faciles à rompre. L'appendice plonge dans le bassin et adhère aux annexes droites. Le cœcum est rouge et parsemé de granulations.

L'appendice est libéré, réséqué et enfoui. Les annexes droites sont pendues au milieu d'adhérences multiples et forment une masse fibro-caséeuse. On les libère facilement. Ligature et section des pédicules. Recherche et pincement de l'utérine au niveau de la crosse.

À gauche libération d'une trompe énorme, flexueuse, donnant l'impression d'être pleine de pus, située entre le détroit supérieur et l'utérus. Ligature des pédicules. Pincement de l'utérine. Section dernière du col en ayant soin de tailler un coin tel que toute la muqueuse est enlevée. Fermeture du col. Ligature des utérines. Péritonisation très exacte à l'aide des lambeaux du ligament large et de l'S. iliaque.

Fermeture complète sans drainage. Suites très simples. Légère élévation thermique (max. : 38,6) pendant 8 jours. Lever le 15^e jour. Sortie le 20^e.

Le D^r Bosc a bien voulu nous donner des nouvelles de sa malade le 9 novembre. Voici ses propres termes : « Elle

engraisse à tel point qu'elle veut se faire maigrir... pour ne pas devenir obèse... transformée par l'opération». Respiration rude au sommet droit.

Examen des pièces : Nous les avons décrites au fur et à mesure. Ajoutons que l'ovaire droit était englobé, étouffé par les fausses membranes, il parut seulement kystique après avoir été séparé de la gangue qui l'entourait.

De même le gauche qui était kystique et collé sous la trompe gauche.

L'utérus était d'apparence saine bien qu'un peu gros.

La trompe droite réduite à un cordon dur contenait des débris caséeux et était criblée de petits tubercules jaunâtres. La trompe gauche était pleine de pus verdâtre et de débris caséeux : véritable abcès froid tubaire.

L'examen histologique, pratiqué par le D^r Leroux, au laboratoire d'anatomie pathologique de la Faculté, montre que le chorion de la trompe et tout le tissu avoisinant est occupé par une infiltration folliculaire tuberculeuse typique.

Les symptômes généraux sont souvent la cause d'erreur de diagnostic : par exemple l'état anémique fait croire à une simple chlorose; d'autres fois, un amaigrissement prononcé aboutissant à un état cachectique, chez des femmes assez âgées, laisse soupçonner un cancer. Dans notre observation 5, l'amaigrissement prononcé, la teinte jaune paille avait éloigné le diagnostic de tuberculose. Il est des cas où le diagnostic est réellement impossible, comme dans un cas suivant :

OBS. 14. *Jamin et Violet. Lyon Médical*, 1904 (résumé).

Femme de 42 ans.

Réglée à 15 ans très régulièrement. Mariée à 34 ans.

Ni grossesse, ni fausse couche.

Antéc. hérédit. : nuls.

Antéc. personnels : pleurésie gauche il y a 15 ans, terminée sans ponction.

Affection actuelle : début il y a 6 semaines par douleurs vives dans le ventre, à gauche, sous forme de coliques. Reprend son travail, souffrant toujours de douleurs sourdes, constantes à gauche, l'obligeant à fléchir le tronc pendant la marche. Depuis 6 semaines perte complète de l'appétit et amaigrissement de 6 kilogs.

Il y a 15 jours reprise des douleurs qui l'obligent à se mettre au lit.

Dernières règles il y a 8 jours, peu abondantes, non douloureuses.

Jamais de pertes purulentes. Jamais de diarrhée. Constipation. Les règles devançaient beaucoup, tous les 20 jours.

Examen : anémique. Cachexique. 37° 6 à 38°.

Utérus col sain. Corps difficile à délimiter, paraît situé au milieu de deux masses que l'on sent très nettement et qui plongent dans le Douglas, dures, peu douloureuses, mandarine.

Celle de droite : bosselée, consistance variable.

Celle de gauche : masse tendue, régulièrement dure.

Elles sont fixes. La muqueuse vaginale glisse dessus très facilement.

Diagnostic posé à ce moment : annexite double néoplasique (vu la cachexie) secondaire à un néo-utérin, ou possibilité de tuberculose.

Diagnostic opératoire :

Annexite bacillaire double.

Lésions de périsalpingite et de péritonite pelvienne très marquées.

Tubercules crétaçés (grosses lentilles) sur le péritoine.

Appareil adhérent : paraît sain.

Trompe dr. : banane, au milieu d'une coque épaissie remplie de pus.

Trompe g. : dilacérée.

Confirmation histologique.

Il faut reconnaître que chez cette malade le diagnostic était difficile à poser, bien qu'en faveur d'une lésion tuberculeuse on aurait pu invoquer les éléments suivants : pleurésie, pas de passé génital, pas de tem-

pérature, pas de pertes, l'amaigrissement énorme et rapide.

D'autres fois les symptômes généraux laissent supposer une localisation banale de la tuberculose, sur le poumon le plus souvent, sur l'intestin plus rarement.

C'est dans ces cas qu'un examen génital systématique permet de localiser les lésions. Nous insistons sur la nécessité de cet examen, surtout lorsque le seul symptôme accusé par une femme jeune est l'amaigrissement : avant de soupçonner tel ou tel appareil, c'est l'appareil génital qu'il faut examiner.

La prédominance ou la présence isolée de certains signes fonctionnels égare aussi fréquemment le diagnostic.

Quelquefois l'attention est attirée plus spécialement par la douleur abdominale, si souvent localisée dans la fosse iliaque droite, au voisinage du point de Mac Burney. Ce signe, associé ou non à des troubles digestifs ou intestinaux si fréquents dans la tuberculose tubaire, conduit au diagnostic d'appendicite.

C'est le diagnostic qu'avait d'abord posé le médecin traitant les malades des observations 13 et 8. Dans ce cas, c'est encore le toucher qui peut seul trancher la question, insoluble par les signes fournis par le seul examen extérieur. Faisans a montré toute la difficulté de ce diagnostic différentiel et combien d'appendiculaires chroniques ont été d'autre part considérés comme des tuberculeux au début ou des candidats à la tuberculose. Cependant, indépendamment des renseignements que fournit l'examen de l'appareil géni-

tal, les autres symptômes ne sont pas tout à fait semblables dans bien des cas. Ces jeunes appendiculaires ont déjà eu de l'entérite, très souvent des végétations et de l'infection chronique pharyngée. A la sensation de simple pesanteur s'ajoute des exacerbations péri-ombilicales, des pincements. Il y a de la constipation chronique, mais souvent entrecoupée de débâcles diarrhéiques. Il y a amaigrissement, mais souvent en plus teinte subictérique, haleine mauvaise, langue sale, nausées ou vomissement. Le foie est gros, douloureux à la percussion.

Nous avons vu que la constipation était un symptôme presque constant dans la salpingite tuberculeuse. Lorsque ce signe apparaît isolé ou associé à quelques autres troubles digestifs, il peut conduire au diagnostic de *stase intestinale chronique*. Il nous serait facile d'énumérer cependant un certain nombre de nuances distinctives. En réalité, le diagnostic peut être tout particulièrement difficile lorsque le doigt qui fait le toucher rencontre cette sensation de mastic (Obs. 7), et qu'il n'est pas possible de différencier la trompe du rectum. C'est à la radiographie qu'il faut demander de résoudre le problème.

Chez une malade, une fistule inguinale apparue spontanément, sans troubles génitaux bien nets auparavant mais accompagnée de douleurs dans le genou, la hanche, fit croire à une *coxalgie*. Ce n'est que l'intervention chirurgicale qui fit le diagnostic (A. Remilly).

Jamin et Violet ont publié l'observation d'une jeune

filles vierges, âgées de 18 ans, qui se plaignaient de douleurs dans le côté droit, de constipation opiniâtre et d'une expulsion abondante de pus par l'anus.

Ce dernier signe parut prédominant et fit porter le diagnostic de *collection purulente dans le Douglas, d'origine appendiculaire* probable. On avait éliminé le diagnostic de salpingite vu qu'il s'agissait d'une vierge et, vu la suppuration franche, on n'avait pas songé à la tuberculose. Il s'agissait d'une collection salpingienne tuberculeuse fistulisée dans l'intestin.

Les troubles menstruels peuvent laisser soupçonner les affections les plus diverses. Il en est un auquel il est difficile d'attribuer tout d'abord une signification : c'est l'aménorrhée survenant brusquement. Une femme, bien portante jusqu'alors, vient consulter parce que ses règles ont disparu depuis quelques semaines. Un toucher même minutieux montre un utérus un peu gros, des annexes non douloureuses, sensiblement normales. Il n'y a pas de pertes, pas d'histoire génitale, un peu de constipation : on peut croire à une *grossesse*. Le diagnostic ne doit pas dans ce cas être hâtif, il doit attendre un examen répété à plusieurs semaines d'intervalle qui permettra de suivre les modifications du volume de l'utérus. Dans notre observation 13, on crut d'abord à une grossesse possible. Un mois après, un second examen montrait une tumeur annexielle.

C'est encore la répétition des examens qui permettra de distinguer une tuberculose tubaire d'une *grossesse extra-utérine*. La distinction, qui repose beau-

coup dans la présence de phénomènes réflexes dans la grossesse, peut cependant être une cause d'erreur, comme dans le cas suivant :

OBS. 15 (Publiée par Patel et Murard. Soc. Sc. Méd. Lyon, 29 nov. 1911). — *Bacillose ovarienne avec propagation péritonéale simulant une grossesse tubaire.*

Jeune fille, 19 ans, mariée depuis 6 mois, vient pour retard de règles de 3 mois.

Vers l'âge de 10 ans, dans la fosse iliaque droite signe d'un abcès qui s'était spontanément ouvert dans la vessie.

Toucher : utérus de type infantile et sur son côté droit une masse accolée à lui, mais cependant mobilisable indépendamment.

Cette masse, non douloureuse, était de la grosseur d'une mandarine.

Seins gonflés, un peu douloureux.

Pas de température.

Mise en observation et repos 15 jours. Aucune modification.

Diagnostic : grossesse tubaire.

Opération : tuberculose ovarienne. Tout le territoire du petit bassin est semé de granulations, les anses étant accolées par des adhérences lâches. Ablation de l'ovaire droit.

Dans cette observation manquent les pertes « marc de café » qui accompagnent la grossesse tubaire et font faire le diagnostic.

Il arrive aussi souvent que les signes fournis par le toucher retiennent seuls l'attention, et que, suivant le volume de la tumeur, on fasse le diagnostic de *salpingite banale*, de *kyste de l'ovaire*, de *kyste du ligament large*, de *collection appendiculaire*, de *fibrome*, etc.

Ces erreurs, fréquemment enregistrées, montrent la difficulté de certains diagnostics et la nécessité de ne

pas se cantonner dans un examen purement local. Ce n'est que par un examen complet, allié à un interrogatoire serré, que l'on peut arriver à diagnostiquer une des formes de la tuberculose tubaire.

Ce sont les formes caséeuses, surtout l'abcès froid tubaire, qui prêtent à la confusion avec les tumeurs pelviennes.

Dans les formes fibro-plastiques, le diagnostic doit surtout éliminer les affections digestives banales, l'anémie, la tuberculose pulmonaire, à cause des phénomènes généraux, et l'anémie banale, à cause des renseignements fournis par le toucher.

DIAGNOSTIC POST-OPÉATOIRE. — Le diagnostic post-opératoire ne doit pas reposer sur le simple examen des pièces enlevées.

Il devrait se baser sur une confirmation histologique, ce qui est loin d'être la règle adoptée. Il ne faut même pas se contenter d'un examen microscopique pour nier la nature tuberculeuse d'une trompe qui ne revêt pas les caractères d'une annexite banale. Les quelques coupes que l'on a coutume de prélever ne représentent qu'une mince tranche de l'organe, ce qui ne saurait permettre de généraliser au reste de l'organe. On comprend aisément que des lésions de bacillose échappent à l'examen microscopique lorsque l'on lit que Von Franke a dû faire, dans un cas, 265 coupes pour arriver à trouver une lésion nettement tuberculeuse. Il est des cas où la nature tuberculeuse ne sera révélée que par la constatation de bacilles de Koch ou

même par l'inoculation au cobaye. Nous avons déjà vu que, même dans certaines lésions cliniquement et macroscopiquement tuberculeuses, le diagnostic de tuberculose avait été maintenu, bien que les examens de contrôle n'aient apporté aucune confirmation (Jamin et Violet, Lea, Poncet et Leriche, Delore, etc.).

Préciser par ces méthodes la nature d'une salpingite, n'est pas une simple satisfaction que l'on doive rechercher. Le diagnostic exact, dès que l'on soupçonne la tuberculose, devient une nécessité, si l'on veut instituer le traitement nécessaire. Pour une salpingite gonococcique, par exemple, l'opération résume à elle seule le traitement; dans la salpingite tuberculeuse, l'acte opératoire, pour être efficace, ne devra pas être exclusivement pratiqué, mais demander appui au traitement médical.

EVOLUTION — COMPLICATIONS — PRONOSTIC

Dans la grande majorité des cas, la tuberculose tubaire est une affection à évolution lente, torpide, à symptomatologie effacée.

Cependant il faut reconnaître que la marche des lésions varie sensiblement suivant les formes considérées.

Les formes caséeuses, propagées au péritoine, sont celles dont l'évolution est la moins lente, la symptomatologie la plus bruyante, le pronostic le plus sévère.

Les formes caséeuses, restant strictement localisées à la trompe, décrites sous le nom d'« abcès froids tubaires », présentent au contraire des caractères opposés. Tous les auteurs qui, depuis Albertin, ont étudié cette forme ont reconnu cette allure torpide. L'observation n° 17, que nous publions plus loin, est une des rares exceptions où l'abcès froid évolue rapidement. Mais il se peut que l'opération, unilatérale, ait dans ce cas contribué à accélérer l'évolution des lésions qui devaient exister sur la trompe d'apparence saine.

Les formes fibro-plastiques, malgré le retentissement souvent énorme sur le péritoine et les organes

voisins, ont une évolution sensiblement comparable à celle de l'abcès froid tubaire. Comme ce dernier, elles constituent une forme relativement bénigne et d'un pronostic beaucoup moins sévère que les formes caséeuses tubo-péritonéales.

Néanmoins lorsqu'une tuberculose tubaire, quelle qu'en soit la forme, est abandonnée à elle-même, le pronostic est presque fatal, car la guérison spontanée, possible, soit par transformation fibreuse, soit même par transformation crétacée est exceptionnelle. De Rouville « croit à la guérison spontanée possible de ces lésions, mais dans des conditions anatomiques, hygiéniques et sociales spéciales et rares ».

Avant d'aboutir à une issue fatale, les lésions donnent le plus souvent lieu à des complications les plus variées et dont nous en avons déjà dénombré quelques-unes au chapitre « Anatomie pathologique » (ovaire, utérus, rectum, vessie).

Les formes caséeuses, plus que toutes autres, ont tendance à ulcérer les organes voisins, en créant des fistules, dont les plus fréquentes aboutissent à l'intestin, surtout sa portion terminale. Au contraire, les fistules vésicales sont beaucoup plus rares. Gras, dans sa thèse, donne 24 cas de suppurations pelviennes ouvertes dans la vessie, pas une seule n'était tuberculeuse. Violet et Chalier en ont publié 3 cas dans la thèse de Volle. En réalité, les fistules spontanées sont peu fréquentes, et celles que l'on trouve si souvent mentionnées dans les observations sont des fistules post-opératoires dues, à notre avis, à une mau-

vaie technique, comme nous le démontrerons au chapitre suivant.

Il faut noter aussi des localisations secondaires sur d'autres organes : reins, foie, méninges, poumons, etc. Cette dernière est certainement la plus fréquente de toutes.

Lorsque la salpingite tuberculeuse est opérée, le pronostic s'améliore considérablement. Au chapitre suivant nous nous étendrons sur cette considération, en faisant valoir la valeur des différents procédés opératoires.

Nous savons que dans toutes les affections tuberculeuses opérées, il faut redouter une issue fatale :

- 1° Par généralisation;
- 2° Par tuberculose pulmonaire;
- 3° Par méningite.

C'est surtout cette dernière qui constitue la fin habituelle des tuberculoses chirurgicales. Or il nous a semblé que cette complication était beaucoup moins à redouter dans la tuberculose tubaire, puisque nous n'avons trouvé que 3 cas de méningite post-opératoire (Remilly, 2 cas; Olivier, 1 cas).

Une des complications les plus intéressantes est la possibilité du développement d'une grossesse tubaire sur une trompe tuberculeuse. Martin a insisté sur le rôle de la tuberculose dans l'étiologie de la grossesse extra-utérine. Des observations de Warthin, J. B. Stoler, Alexander et Moskowicz, Goodall, Simmonds, Lenormant, Stein, viennent à l'appui de cette affirmation. Taylor évalue à 66 % le facteur tuberculeux.

Dans 15 cas de grossesse tubaire, examinés histologiquement, le D^r Dupont nous a dit n'avoir jamais rencontré la tuberculose.

Avant de clore ce chapitre, nous voudrions répéter, à propos de l'évolution de la tuberculose tubaire, que nous considérons que la tuberculose fibro-plastique ou à forme d'abcès froids tubaires est essentiellement une tuberculose bénigne, une tuberculose atténuée, comme le dit Albertin. Mais à cette forme de tuberculose bénigne s'applique cette phrase de Piery et Arbez : « La tuberculose a tendance à se répéter ». En effet il nous a été donné de constater quelques cas où la tuberculose tubaire avait été précédée ou suivie d'autres localisations tuberculeuses à évolution également lente.

Chez une malade de Mlle Pewsner, opérée par Polloson et Violet, pour une salpingite tuberculeuse, on trouvait dans son passé, l'histoire d'une résection du coude pour tumeur blanche.

Une malade de Remilly, atteinte déjà d'une volumineuse pyonéphrose, opérée d'une annexite tuberculeuse, fut revue une année après, en bon état général, mais présentant une gomme tuberculeuse du cou-de-pied droit.

Nous donnons enfin, à l'appui de cette idée d'une tuberculose en évolution, d'une façon relativement bénigne, sur des organes successifs, l'observation suivante :

OBS. 16 (due à l'obligeance de M. le D^r Rob. Dupont). — *Salpingite à forme fibro-plastique chez une tuberculeuse.*

Ablation avec conservation de l'utérus. Drainage. Fistule consécutive. Ablation de l'utérus. Guérison de la lésion pelvienne. Autres localisations de la tuberculose.

Mlle C..., 37 ans.

Père âgé de 75 ans, bien portant.

Mère cardiaque.

Ni frères, ni sœurs.

Vue pour la première fois en mars 1911. A ce moment la malade se plaint du ventre, elle a des pertes blanches, ses règles sont peu abondantes et très irrégulières.

Au palper on trouve une *défense marquée* de toute la région sous-ombilicale. Au toucher, l'utérus est perçu de volume normal, mais les annexes sont légèrement augmentées de volume, collées contre l'utérus et douloureuses au toucher.

Jamais de grossesse, ni de fausse couche.

On constate en outre la présence d'un *abcès froid* au niveau du coude droit.

Pas de fièvre, pas de lésion pulmonaire.

Diagnostic : salpingite banale chez une tuberculeuse.

Le 10 mars 1911 laparatomie sous anesthésie chloroformique. Les annexes des deux côtés sont entourées de fausses membranes et adhérentes à la face postérieure de l'utérus. On les libère et on les enlève; pas de pus; *utérus laissé en place. Deux mèches et un drain.* Suites simples sans fièvre. Mèches laissées 48 heures et le drain 3 jours. Quitte l'hôpital au bout de 3 semaines, la plaie étant cicatrisée complètement.

La malade est revue le 3 mai 1911. — On constate à la partie inférieure de la cicatrice l'orifice d'une petite *fistule*. Celle-ci a succédé à l'ouverture spontanée d'un abcès le 15 avril, donc fort peu de temps après l'opération. L'exploration au stylet du trajet conduit dans le bassin. La fistule ne se tarissant pas on intervient à nouveau le 9 juin 1911 : la fistule conduit sur un gros paquet d'adhérences situé à gauche de l'utérus. On libère ces adhérences et on fait une hystérectomie subtotale. Drainage du petit bassin. Suites apyrétiques. Ablation du drain le 2^e jour. Pas de fistule mais *éventration* consécutive dont la cure est faite à Beaujon en octobre 1911. La tumeur blanche du coude droit évolue dans la suite et *l'articulation est réséquée à Beaujon en 1913.*

Coude ballant consécutif; *amputation du bras en 1915.*

En 1916, entre à la Pitié pour troubles gastriques; on lui fait une *gastro-entérostomie*.

Je revois cette malade en 1920 : je l'avais perdue de vue depuis la fin de 1911, après l'opération. J'avais en effet diagnostiqué dès le début sa tumeur blanche et voulu la traiter par l'immobilisation et l'héliothérapie : impatiente la malade avait réclamé un traitement plus actif que je m'étais refusé à faire.

Elle vint à ma consultation, à l'hôpital, en 1920, pour des troubles gastriques. Son état général est mauvais. Elle a beaucoup maigri. Elle ne souffre pas dans le pelvis. Le ventre est souple, sans zone de matité; rien au toucher. Elle présente une intolérance gastrique absolue, vomissant les aliments, peu de temps après l'ingestion. Je pense à un mauvais fonctionnement de la bouche et *interviens le 11 juin 1920*, sous anesthésie générale à l'éther.

Je trouve des adhérences légères entre le foie et le pylore, mais celui-ci est normal. Il en est de même de la bouche de gastro-entérostomie. L'estomac est un peu dilaté. Il existe une bride épiploïdique qui tire l'estomac en bas et coude le colon transverse. Cette bride adhère très bas à la première cicatrice abdominale. Dès que cette bride est sectionnée, le colon et l'estomac se redressent. Fermeture complète.

Je revois la malade le 5 octobre 1920. Les vomissements ont cessé après l'opération et la malade ne se plaint plus du ventre, mais elle présente au cou *deux petites gommés tuberculeuses* : je les incise, les curette et les cautérise au chlorure de zinc. Elles guérissent complètement en 3 semaines.

La malade vient me revoir *en octobre 1921*. Elle souffre à nouveau de l'estomac : elle vomit fréquemment et dit même avoir eu des hématomésés (pas constatées à l'hôpital).

Nouvelle intervention sous raché-anesthésie (0 gr. 12 de syncaïne, bonne anesthésie, mais pâleur excessive, baillements, rapidité du pouls au milieu de l'intervention). On tombe sur des adhérences de la paroi au foie, à l'estomac et à la vésicule. On les libère avec beaucoup de difficultés. Décollement colo-épiploïque. La bouche de gastro-entérostomie est libre, non indurée; les deux anses ne sont pas dilatées. Le duodénum est souple, ni dilaté, ni induré. On se contente de libérer les adhérences et de péritoniser les surfaces saignantes. Vésicule biliaire petite et bleue.

Il existe en petite quantité des *granulations jaunâtres sur le colon transverse et l'épiploon* (on en prend une pour l'examen histologique).

Suites simples : la malade quitte l'hôpital au bout d'un mois : elle ne souffre plus.

Le Dr Bonneau, médecin de l'hôpital, l'ausculte avant son départ et trouve une *grosse infiltration du sommet droit* avec sub-matité et craquements (ces lésions n'existaient pas lors du premier séjour). Jamais de fièvre.

L'examen histologique de la granulation, fait à la Faculté, par le Dr Leroux, préparateur d'anatomie pathologique, donne le résultat suivant : *nodule conjonctif bourré de cristaux d'acides gras avec réaction géant-cellulaire* extrêmement active. Les cristaux proviennent très vraisemblablement d'une ancienne lésion caséeuse tuberculeuse.

Cette observation est malheureusement incomplète. Les notes concernant toute la première partie sont insuffisantes. Il y manque notamment l'examen histologique des pièces enlevées.

Il nous paraît logique d'admettre que les lésions génitales étaient de même nature que celles qui ont atteint l'organisme en différentes régions. Il s'agit d'une de ces formes de tuberculose à foyers multiples comme on en observe chez les enfants. Nous manquons de renseignements sur l'état du péritoine, en 1916, lors de la gastro-entérostomie. Nous-même, en 1920, nous n'avions sur la séreuse rien trouvé de tuberculeux. C'est en 1921 seulement, que nous avons trouvé des lésions discrètes de tuberculose péritonéale. De même, pas de lésion pulmonaire avant 1921.

Si nous admettons l'origine commune de toutes ces lésions, nous voyons donc qu'en l'espace de 10 ans la tuberculose a évolué successivement sur les trompes

(1910-1911), la paroi (1911), le coude droit (1911-1913), la paroi stomacale (1916), la surface du foie et de l'estomac (1920), les ganglions cervicaux (1920), la surface du colon et de l'épiploon (1921), le poumon (1921); et cette observation, malgré ses lacunes, nous paraît être du plus haut intérêt car elle vient à l'appui de cette thèse, à savoir : 1° La bénignité relative de ces tuberculoses à foyers multiples; 2° L'indication formelle du traitement chirurgical toutes les fois que l'on peut atteindre tous les foyers tuberculeux.

TRAITEMENT

C'est, selon nous, une faute de considérer le traitement des salpingites tuberculeuses comme étant exclusivement médical ou exclusivement chirurgical. Il faut savoir associer ces deux modes de traitement, et c'est à ce prix seul que l'on obtiendra de belles guérisons, c'est-à-dire des guérisons durables.

TRAITEMENT CHIRURGICAL

Toutes les fois que l'on est en présence d'une lésion tuberculeuse bien localisée et capable d'être enlevée en totalité sans dommage grave, il est sage d'opérer.

Cette règle s'applique à la salpingite tuberculeuse plus qu'à toute autre lésion tuberculeuse et les faits sont là pour prouver que cette façon de faire est la bonne. Les thèses les plus récentes sur ce sujet abondent dans ce sens (Remilly, Olivier).

Dans tous les cas où la tuberculose tubaire coexiste avec d'autres lésions tuberculeuses, il est plus délicat d'intervenir chirurgicalement. Néanmoins, dans certains cas, l'intervention restera indiquée. Ce sont ceux dans lesquels les manifestations tuberculeuses sont,

d'une part, peu nombreuses et bénignes et, d'autre part, accessibles au chirurgien.

Voici, par exemple, une femme qui présente à la fois une tumeur blanche et une salpingite tuberculeuse. Elle n'a pas de lésion pulmonaire, son état général est bon : ici la chirurgie pourra guérir la malade en supprimant ces deux foyers d'infection.

Voici une autre malade qui, en outre de sa localisation pelvienne, a des lésions pulmonaires bénignes, susceptibles de guérir dans un sanatorium; nous pensons que là encore la chirurgie aura son rôle en supprimant le foyer pelvien avant l'envoi au sanatorium.

Au contraire, voici une malade qui, en plus d'une lésion pelvienne, a une tumeur blanche et plusieurs foyers ganglionnaires : il est préférable ici de s'abstenir, la multiplicité des foyers rendant la chirurgie impuissante. Il en est de même lorsqu'il existe des lésions pulmonaires graves et surtout étendues.

En résumé, nous pensons que la tuberculose doit être pourchassée dans le pelvis comme elle l'est dans les autres régions, que la multiplicité des lésions ne doit pas nous rebuter si nous sommes sûrs de les détruire toutes. Nous pensons également qu'une lésion légère du poumon n'est pas une contre-indication opératoire toutes les fois que la lésion pelvienne domine de beaucoup la situation,

Il est bien évident que dans tous les cas où il existe de la septicémie tuberculeuse caractérisée par la fièvre à grandes oscillations, avec ou sans frissons, l'inter-

vention serait néfaste, et nous jugeons inutile d'insister sur ce point.

Quand l'intervention est indiquée, que faut-il faire ? Un principe doit nous guider : pour qu'une opération s'adressant à la tuberculose soit bonne, elle doit non seulement supprimer le foyer en totalité, mais elle doit encore ne jamais faire communiquer la région toujours plus ou moins tuberculisée où se trouvait ce foyer avec l'extérieur, afin de supprimer toute cause d'infection secondaire. La tuberculose fermée, en effet, est de gravité minime; la tuberculose ouverte, au contraire, est toujours grave, car elle ne tarde pas à s'infecter et cette infection secondaire quadruple la gravité de la maladie.

Basée sur ces principes la chirurgie de la salpingite tuberculeuse devra toujours être fermée, c'est-à-dire qu'il faudra toujours enlever les foyers en vase clos, enfermer soigneusement les régions où ils siégeaient sous une péritonisation complète et refermer le ventre avec grand soin, complètement et sans drainage.

Il est évident que ce traitement idéal ne peut pas toujours être mis en pratique :

1° Dans les cas où il existe un vaste abcès pelvien avec fièvre. Dans ces cas il y a vraisemblablement de l'infection secondaire due au voisinage de l'intestin. Il faut se contenter d'ouvrir l'abcès, là où il pointe, et de drainer.

2° Dans le cas où il existe des adhérences trop intimes avec les organes et notamment avec l'intestin. Il est préférable de ne pas tenter l'extirpation : mieux

vaut ne rien faire que d'enlever des morceaux de trompe. Si le diagnostic n'avait pas été posé, se contenter d'une laparotomie exploratrice et refermer sans drainage.

Dans les deux cas l'héliothérapie sera d'un grand secours : nous y reviendrons.

Les principes posés pour nous servir de directive, voyons comment nous pouvons les appliquer.

Deux voies nous sont offertes pour intervenir : la voie vaginale, la voie abdominale; laquelle choisir ?

1° *Voie vaginale.* — La colpotomie, avons-nous dit, est indiquée dans tous les cas où un abcès bombe dans le vagin. C'est une opération destinée, non pas à guérir la malade, mais à pallier à des accidents immédiatement menaçants.

Dans les tuberculoses c'est, en principe, une très mauvaise opération, car elle fait communiquer le foyer avec un milieu éminemment septique : le vagin. Aussi ne s'adresse-t-elle qu'aux cas fébriles avec atteinte de l'état général; cas où, en général, l'infection secondaire joue depuis longtemps son rôle aggravant. L'orifice de colpotomie se fistulisera presque à coup sûr et si la malade se remonte elle sera justiciable d'interventions plus complexes afin d'être guérie définitivement.

Les opérations vaginales s'adressant aux formes « froides » de la tuberculose salpingienne nous semblent devoir être proscrites, et cela pour les raisons qui font de plus en plus abandonner l'hystérectomie

vaginale. En effet par la voie vaginale, quelle que soit l'habitude que l'on ait de cette chirurgie, on voit mal ce que l'on fait et, si l'on peut enlever des organes malades, on le fait avec peu de sûreté. La chirurgie vaginale entraîne des délabrements assez considérables : l'on arrache plus que l'on ne coupe, conditions mauvaises pour obtenir une bonne cicatrisation surtout dans des tissus tuberculeux. La péritonisation est impossible et nous la croyons ici plus qu'ailleurs très importante. La tuberculose salpingienne réserve presque toujours des surprises au chirurgien : adhérences à la vessie ou à l'intestin, cloisonnements du bassin, etc. Or il est difficile de triompher de ces obstacles par voie basse. Ajoutons enfin qu'en faisant communiquer avec le vagin le vaste foyer qui résulte de l'ablation des lésions, on transforme la tuberculose fermée en tuberculose ouverte, et cela suffirait à nous faire abandonner la voie basse.

Il nous semble que parmi les multiples raisons qui ont poussé les chirurgiens à délaisser la voie vaginale il faut ranger ou ajouter la fréquence assez grande de la salpingite tuberculeuse et ses difficultés de diagnostic, qui font que dans bien des cas l'on ne peut être certain d'avoir à faire à une salpingite banale; aussi, par crainte de tomber sur une tuberculose méconnue, il est toujours préférable de choisir la voie haute.

La voie vaginale a cependant donné des succès. Olivier en rapporte 9 cas, dont 3 colpotomies simples et 6 hystérectomies vaginales. Deux de ces dernières

durent être complétées par une laparotomie. Un seul décès est noté et survenu 3 ans après l'intervention.

Remilly, de son côté, rapporte un cas de suppuration pelvienne d'aspect tuberculeux qui fut traitée par la voie basse. Mais la température s'éleva et la malade mourut un mois après, avec des signes de méningite et de généralisation tuberculeuse (Remilly, obs. XVII).

Sur les 5 observations publiées par Jamin et Violet, 2 malades furent traitées avec succès par colpotomie simple et hystérectomie vaginale (*Lyon méd.*, 1904).

Mais les cas heureux relatés sont trop peu nombreux pour entraîner la conviction.

2° *La voie haute.* — C'est à la voie haute qu'il faut donner la préférence.

1° *Mode d'incision.* — Certains auteurs, après Pfannenstiël, ont proposé l'incision transversale. D'après eux, celle-ci serait particulièrement indiquée dans ces cas souvent difficiles car elle donnerait plus de jour sur les parties latérales. Il nous semble qu'étant donné le délabrement sous-cutané assez considérable qu'elle nécessite, cette incision n'est pas à employer dans les salpingites tuberculeuses car elle augmente les risques d'inoculation du tissu cellulaire et par conséquent risque d'amorcer une fistule. Nous sommes d'accord avec Delore et Chaliier pour préconiser l'incision verticale classique. Cette incision donne tout le jour désirable et si l'on a le soin de bien protéger le tissu cellulaire, à l'aide de champs maintenus par des érignes, on diminue beaucoup les risques d'inoculation

de la plaie. Quant aux risques d'éventration ils sont bien minimes si l'on a soin de n'inciser que les aponévroses et de suturer exactement et plan par plan à l'aide de surjets discontinus.

2° Conduite à tenir vis-à-vis du péritoine, de l'intestin, de la vessie. — Fréquemment il existe des adhérences entre le contenu de l'abdomen et la paroi. Il est rare que l'intestin soit adhérent et c'est plus souvent sur l'épiploon que l'on tombe dès que l'on a incisé le péritoine pariétal. L'épiploon, une fois reconnu, on le dissocie et on le rejette vers le haut. Les régions trop adhérentes ou saignantes sont liées et abandonnées. C'est seulement lorsque la voie est bien libérée de ces adhérences épiploïques que l'on peut poursuivre l'opération. Parfois il y a de l'ascite. Toutes les fois qu'on soupçonne sa présence il est bon de l'évacuer tout d'abord : pour cela on n'incline pas la malade dès le début de l'opération et lorsque l'on est arrivé sur le péritoine, on le ponctionne au bistouri, de façon à évacuer le plus possible de liquide.

Dans les cas où le péritoine est envahi et couvert de granulations il ne faut pas s'en occuper et surtout bien se garder de trop le manipuler. On chemine prudemment vers le pelvis en écartant les anses plus ou moins adhérentes, en évacuant les foyers d'ascite enkystée que l'on peut rencontrer mais en faisant toutes ces manœuvres le plus doucement possible. Il faut surtout éviter de s'éloigner de la région basse de l'abdomen afin de ne pas risquer de contaminer le

reste de la cavité. Chaque pseudo-kyste est évacué, asséché et abandonné. Les anses, une fois détachées, sont rejetées vers le haut et placées sous des compresses. Si l'on trouve des surfaces dénudées par suite de la ruptures d'adhérences, on les péritonisera de suite avant d'aller plus loin. Au cas où les adhérences seraient trop fortes et nécessiteraient une résection, nous pensons qu'il est préférable de s'arrêter et de se borner à une laparotomie exploratrice. Il serait, en effet, très imprudent de faire une résection intestinale au voisinage de ces foyers de tuberculose, tant à cause de la complication opératoire que par suite des dangers qu'il y a à pratiquer une suture intestinale au voisinage et surtout au contact d'un foyer tuberculeux.

Lorsqu'il existe des adhérences avec la vessie, deux cas sont à envisager :

1° Les deux organes sont adhérents, fusionnés, mais ne communiquant pas l'un avec l'autre. On peut presque toujours les séparer. Au cours de la dissection (faite aux ciseaux) il faut se tenir plus près de la vessie que de la poche tuberculeuse. Si la vessie est ouverte on la suture en deux plans et l'on place à la fin de l'opération une sonde à demeure. S'il n'y a pas eu inoculation de la plaie vésicale, la complication n'est pas grave et la vessie se cicatrisera bien.

2° Il existe une fistule constituée : la poche tuberculeuse communique avec la vessie. Ces cas doivent être diagnostiqués avant l'opération et étudiés à l'aide du cystoscope. Dans les cas où la vessie est largement atteinte par la tuberculose, le mieux est de la soigner

médicalement, de conseiller l'héliothérapie et de remettre l'opération à plus tard. Si, au contraire, la vessie est peu atteinte ou ne l'est pas du tout, on peut opérer. Il faut alors réséquer le trajet fistuleux et suturer la vessie en tissus sains. On pourra alors obtenir une réunion vésicale primitive et guérir la malade aussi simplement que dans le premier cas.

Quoiqu'il en soit, ce premier temps de l'opération, qui consiste à mettre en lumière la région sur laquelle vont porter les principales manœuvres, est de la première importance. Il faut que la région pelvienne soit parfaitement exposée et que la masse intestinale soit parfaitement protégée. Très souvent l'appendice plonge dans le petit bassin, adhérent ou non aux annexes. Il est bon alors de le réséquer, d'abord parce qu'il est très probablement malade et ensuite parce qu'en le réséquant on libérera le cœcum, lequel pourra facilement être refoulé, ce qui augmentera le jour ouvert sur le bassin. Si l'on ne voit pas l'appendice, nous pensons qu'il vaut mieux ne pas aller à sa recherche afin de ne pas compliquer l'opération et aussi afin de ne pas risquer d'infecter la région non touchée par le processus tuberculeux.

3° *Conduite à tenir vis-à-vis de l'utérus et des annexes.* — La région bien exposée, quelle conduite tiendrons-nous ? Ferons-nous une ablation uni ou bilatérale des annexes ? Ferons-nous une hystérectomie et, si nous nous décidons pour celle-ci, sera-t-elle totale ou subtotale ?

L'opération partielle ne nous paraît pas logique en matière de tuberculose. Il est, en effet, impossible de savoir à la vue seule l'état réel des organes, aussi pensons-nous qu'il est toujours indiqué de pratiquer la castration totale.

Lorsque l'on prend connaissance des observations concernant ces malades, on s'aperçoit que les résultats les meilleurs sont obtenus par les absolutistes.

Ainsi Olivier rapporte :

5 morts sur 22 opérations conservatrices, soit 22 % ;

7 morts sur 74 opérations radicales, soit 9,4 %.

Faire une opération partielle c'est exposer la malade à une rechute et, pour le moins, à une nouvelle opération. Daurios avait déjà signalé que sur 5 opérations unilatérales, 3 furent suivies d'une nouvelle intervention.

Baisch vit 5 récidives survenir dans une série de 23 observations.

Olivier note que sur 16 malades opérées par la voie basse, incomplètement, 12 durent être opérées une seconde fois.

Sur une autre série de 33 opérations incomplètes, dont 13 furent véritablement conservatrices (par voie haute), presque toutes les malades présentent des reliquats.

A. Labhardt donne les chiffres suivants :

57 opérations radicales : 17 décès, 29,8 % ;

41 traitements conservateurs : 19 décès, 46,3 %.

De son côté S. Wolff donne :

28 opérations radicales, après 4 ans : 10 décès,
36 %;

9 traitements conservateurs, après 4 ans : 4 décès, 45 %,

mais fait remarquer que ces chiffres n'indiquent pas assez la différences entre les deux façons de faire, car les malades traitées par le traitement conservateur étaient de beaucoup les moins atteintes, ce qui est d'ailleurs en faveur de notre thèse.

Nous donnons ici une observation récente, concernant une forme particulièrement lente et bénigne de tuberculose tubaire, un abcès froid bien localisé, et où une récurrence survint moins de 3 mois après une première intervention unilatérale.

Obs. 16 (Publiée par M. Patel, Soc. Chir., 15 avril 1920).

Une jeune fille de 21 ans entre à l'hôpital, se plaignant de troubles digestifs sans caractères spéciaux. Le toucher rectal permet de sentir une masse mobile peu douloureuse, que l'on croit être un kysté de l'ovaire.

L'intervention pratiquée en octobre 1919 montre qu'il s'agit en réalité d'un volumineux abcès froid tubaire.

La trompe droite, siège de cet abcès, est enlevée, elle contient environ un litre de pus. Fait capital, la trompe du côté gauche et l'ovaire paraissent parfaitement sains, du moins macroscopiquement; aussi sont-ils laissés en place.

Après une accalmie d'un mois environ, les douleurs réapparaissent. En janvier 1920, la malade revient consulter. On trouve au toucher la même masse, pas douloureuse. Le diagnostic d'abcès froid développé dans la trompe gauche s'impose et l'intervention le confirme.

La trompe, l'ovaire et l'utérus sont alors enlevés.

Ainsi, chez cette malade, à quelques mois d'intervalle, les deux trompes ont été successivement envahies, et rien ne pouvait faire prévoir, lors de la première intervention, le sort de la trompe gauche. Sans doute, y aurait-il eu intérêt à faire

d'emblée une castration totale, mais celle-ci semblait alors particulièrement contre-indiquée par l'unilatéralité des lésions et l'âge de la malade.

Quant aux avantages que les malades peuvent tirer des opérations conservatrices, ils nous paraissent bien illusoire. Dans la suite des opérations conservatrices, relevées par Olivier, on ne trouve qu'une grossesse, et encore celle-ci fut marquée d'une alerte vers le cinquième mois. Ce cas, ajouté à celui de Macnaughton (1908) et à celui de Tédénat (1909), contribue à former cette maigre série de trois grossesses post-opératoires, les seules que l'on puisse trouver dans toute la littérature de la tuberculose tubaire.

Les règles ne se rétablissent pas toujours et les cas de Jayle nous semblent être des exceptions. Le D^r Robert Dupont a, dans un cas, fait uniquement une castration unilatérale : sa malade n'a jamais revu ses règles.

Il ne faut pas oublier que la fonction ovarienne est, chez ces femmes, presque toujours très troublée et qu'en supprimant les ovaires on ne supprime qu'un organe dont la fonction n'existait plus depuis longtemps ou en tout cas se faisait mal. La malade, qui fait l'objet de notre observation 13, voyait ses règles très irrégulièrement et de façon si peu abondante qu'elles étaient réduites à quelques gouttes de sang. Il en était de même pour une malade du D^r Robert Dupont, revue récemment, et qui avait subi la castration totale : elle ne présentait aucun trouble. Il est évident que dans ces cas la castration physiologique

existe avant l'apparition du chirurgien, et qu'en supprimant les ovaires l'on ne fait que compléter l'œuvre de la nature.

Rappelons ce que nous avons dit au chapitre de l'étiologie, à savoir, l'état défectueux de l'appareil génital chez ces malades. Leur appareil génital est presque toujours déjà insuffisant avant l'apparition de la localisation tuberculeuse sur la trompe (régliées tardivement, douleurs et irrégularités des règles, etc.)

Comme corollaire, rappelons enfin que l'on ne note que tout à fait exceptionnellement des grossesses dans les antécédents de celles atteintes tardivement. Cet état antérieur nous incitera davantage à supprimer radicalement des organes, qui non seulement ne peuvent rendre aucun service, mais encore peuvent faire courir des dangers à celles qui les conservent, ainsi qu'en témoigne l'observation de Patel (17) et les chiffres ci-dessus cités.

L'hystérectomie devra-t-elle être totale ou subtotale ? Delore et Chalié, avec Pollosson, Olivier, Remilly conseillent la totale. Pour nous, nous pensons que la subtotale suffit.

L'hystérectomie subtotale, en effet, est dans l'ensemble moins grave que la totale, ce qui est déjà un argument sérieux ; mais de plus, dans le cas qui nous occupe, la subtotale nous paraît supérieure car elle est plus aseptique que la totale : ce qui nous paraît être ici particulièrement intéressant, toujours à cause des risques d'infection secondaire.

Quant aux possibilités de tuberculose cervicale elles sont, il faut l'avouer, bien minimes et ne doivent nous faire rejeter une opération qui a fait ses preuves.

On accuse aussi la subtotale, en laissant le col, de causer des pertes blanches consécutives : mais on voit aussi des pertes après la totale, et l'argument nous paraît être de peu de valeur.

4° *Du drainage.* — Comme nous l'avons dit au début de ce chapitre, le drainage doit être proscrit après ces opérations. Il faut soigner particulièrement la péritonisation, utiliser l'épiploon pour recouvrir les régions saignantes, péritoniser avec l'S iliaque si l'on ne peut faire autrement, et ne jamais laisser dans un ventre, d'où l'on vient d'enlever des lésions bacillaires, un corps étranger quel qu'il soit. C'est dire que nous proscrivons aussi bien les mèches que les drains, aussi bien le drainage abdominal que le drainage vaginal.

Les raisons de cette conduite sont multiples. Tout d'abord l'expérience prouve que le péritoine se défend fort bien contre l'infection légère qui résulte de tout acte opératoire, et le drainage paraît être tout au moins inutile. La séreuse a vite fait d'établir une barrière de protection entre la région où siégeaient les lésions bacillaires et le reste de la cavité péritonéale. Il semble sage après, de l'immobiliser aussi complètement que possible (nous avons l'habitude de mettre de la glace sur le ventre de suite après l'opération), et de ne pas la traumatiser quelques jours après l'opé-

ration par l'ablation des mèches et des drains placés à la fin de l'acte opératoire.

S'il existe un certain degré de pelvi-péritonite tuberculeuse, la suppression de sa cause, c'est-à-dire de la lésion génitale, suffira pour amener la guérison, et il n'y a pas à craindre l'extension du processus si la malade a été bien opérée, c'est-à-dire sans manœuvres brusques, et si la péritonisation a été bien faite.

Donc, au point de vue vital immédiat, nous estimons que le drainage n'a pas sa raison d'être, et que nous ne faisons courir aux malades aucun danger en ne les drainant pas. Ces notions sont d'ailleurs des notions qui se font jour de plus en plus en chirurgie et bien souvent le drainage n'est que la conséquence d'habitudes reçues dont il est difficile de se débarrasser, dans la crainte, bien injustifiée, de porter préjudice à ses malades.

Mais l'argument péremptoire contre le drainage, dans les salpingites tuberculeuses, c'est le danger de fistule qu'il fait courir aux malades.

La chose n'est d'ailleurs pas pour nous étonner si nous comparons la tuberculose génitale aux autres tuberculoses : drainer un foyer tuberculeux, c'est créer, presque à coup sûr, une fistule; par contre, il est courant de guérir des lésions tuberculeuses suppurées, du premier coup et sans drainage, à la condition d'enlever complètement la membrane tuberculigène. Il en est de même pour la salpingite tuberculeuse. Il n'est pas surprenant que la fistule se trouve amorcée par le passage des matériaux de drainage et les faits

sont d'ailleurs là pour prouver ce que nous avançons :

En effet Remilly 10 fois ne draine pas : 0 fistule;
15 fois draine : 7 fistules.

Bertrand 4 fois ne draine pas : 0 fistule;
4 fois draine : 1 fistule.

Olivier 14 fois draine : 2 morts opératoires;
1 mort, 3 jours après ablation d'un mickulicz;
2 fistules;
75 fois ne draine pas : 0 fistule.

Nous-même, sur 6 cas, drainons une fois et créons une fistule qui nous oblige à réintervenir.

Cette influence néfaste du drainage a déjà été reconnue par quelques rares auteurs.

Le P^r de Rouville reconnaît dans un cas : « Sa fistule est fermée depuis décembre 1911. Elle l'a donc conservée près de 4 ans. Je lui eusse probablement épargné cette complication en ne drainant pas, la cause de cette fistule étant sans doute l'inoculation du trajet du drain par le foyer profond ». (*Montpellier Médical*, 27 juillet 1913).

Sa malade a d'ailleurs parfaitement guéri.

Souvent ces fistules guérissent assez rapidement. Cependant Remilly cite un cas où la suppuration continue donna un décès par cachexie progressive, survenu 3 mois après une hystérectomie totale.

Malgré la guérison habituelle des fistules, il n'en est pas moins vrai qu'il est préférable de les éviter, car le grand danger qu'elles font courir à la malade, c'est

l'infection secondaire du foyer, et nous avons déjà insisté sur ce point pour qu'il soit inutile d'y revenir.

TRAITEMENT MÉDICAL

L'opération pratiquée telle que nous venons de l'exposer et dans les conditions indiquées donne, en général, un résultat immédiat merveilleux, mais ce résultat ne se maintient pas si l'on permet aux malades de reprendre de suite leurs occupations.

Il faut les considérer comme des tuberculeuses et les traiter comme telles. Il faut les envoyer à la campagne et leur faire faire une cure de repos et de grand air. Il faut les suralimenter. Toutes les injections hypodermiques reconstituantes ont ici leurs indications, mais aucun des nombreux produits conseillés ne vaut le grand air ni surtout le soleil.

L'héliothérapie est le complément nécessaire du traitement chirurgical. Dans les cas très graves, inopérables ou insuffisamment opérés (colpotomie, incision simple, laparotomie exploratrice), la malade devra être soumise à l'héliothérapie, et celle-ci est capable d'accomplir de véritables miracles.

Nous connaissons un cas de salpingite tuberculeuse, avec pelvi-péritonite et ouverture de la poche dans la vessie, où l'héliothérapie a modifié les lésions de façon telle que la cure chirurgicale de la fistule fut rendue possible et que la malade guérit complètement.

Olivier cite 2 malades qui présentaient des lésions

énormes, puisque chez l'une l'opération des lésions énormes, puisque chez l'une l'opération fut incomplète (Obs. 35), et chez l'autre on dut se contenter d'une simple laparotomie (Obs. p. 110). La première fit une cure de soleil à Lyon même et, 5 mois après, avait engraisé de 14 kilogrammes. La seconde fit une cure d'héliothérapie dans le Midi et, 10 mois après, présentait un état général excellent.

Cinq de nos malades (Obs. 4, 5, 7, 8, 13), ont pu être envoyées à la campagne après leur opération et toutes accusèrent une amélioration rapide de l'état général.

Cependant les observations de cure de soleil dans la tuberculose tubaire sont encore rares. Ce n'est en somme qu'assez récemment que cette cure fut appliquée pour ces lésions. Voici une des deux observations les plus récentes que nous avons pu recueillir :

Obs. 18 publiée par Vignard et Jouffray. *Avenir médical*, janvier 1922). — *Salpingite tuberculeuse. Salpingectomie. Fistulisation. Héliothérapie. Guérison.*

Mme G..., 22 ans. Opérée le 28 novembre 1920 d'une salpingite de nature tuberculeuse. Drainage abdominal.

Elle est adressée au Méridien, où elle arrive le 6 janvier 1921, présentant une fistule abdominale à la partie inférieure de sa place opératoire, fistule suppurant assez abondamment.

Au toucher, on sent le cul-de-sac droit libre (les annexes ont été enlevées). Le Douglas et le cul-de-sac gauche sont empâtés et douloureux. Utérus rejeté en avant. Col un peu enflammé.

Etat général bon. Temp. 38°. Poids 51 kilos.

Cure solaire progressive très bien supportée.

A la fin du deuxième mois, la fistule est diminuée et la suppuration se tarit de plus en plus. A partir du mois d'avril, fermeture qui reste définitive pendant les mois suivants.

La malade part à la fin de juin dans un parfait état.

Au toucher rectal, on ne sent presque plus d'empâtement du côté gauche. Il n'y a plus de région douloureuse.

Poids : 56 kilos.

Il en est de l'héliothérapie comme de toutes les méthodes simples : on se contente d'un mot; on dit à la malade : « mettez votre ventre au soleil » et c'est tout. Or ce traitement a besoin d'être bien fait, il faut le surveiller, il faut l'appliquer, non pas au hasard, « empiriquement », mais en suivant certaines règles (Rollier, Aimes).

Le ventre, et le ventre seul, au début devra être exposé au soleil entièrement nu. La durée d'exposition sera graduée selon l'intensité des rayons solaires. En plein été l'exposition sera beaucoup plus courte que dans les autres saisons.

Pendant une semaine, nous conseillons, pendant l'été, une exposition d'un quart d'heure le matin et un quart d'heure l'après-midi. Cette durée sera ensuite augmentée de 5 minutes par semaine jusqu'à atteindre 2, 3 et 4 heures par jour. Il est inutile de faire des séances plus longues.

Le temps d'un quart d'heure, que nous indiquons au début, peut être trop long. On se basera sur l'état du pouls : si celui-ci augmente de fréquence il est bon de diminuer le temps d'exposition.

Au début, il peut être indiqué aussi de tamiser les rayons solaires à l'aide d'un voile de gaze très fin placé à distance de la région exposée. Lorsque la malade sera arrivée à supporter des insolation de longue durée, une heure environ, on commencera à découvrir

le reste du corps, en allant progressivement : les membres inférieurs d'abord, puis le reste du tronc et les membres supérieurs. La tête seule restera toujours protégée : il est même bon de placer sur le front un linge mouillé afin d'éviter les phénomènes de congestion encéphalique qui se produisent quelquefois, surtout au début du traitement.

Le traitement héliothérapique devra être complété par le repos à peu près absolu : la malade passant presque tout son temps, en dehors des repas, sur sa chaise longue.

Combien de temps ce traitement devra-t-il durer ? Ici, le grand critérium c'est l'augmentation de poids : une tuberculeuse qui augmente régulièrement de poids est une malade guérie.

En général, deux à trois mois de repos, combinés à l'héliothérapie, sont suffisants et nos malades ont pu, après ce temps, reprendre leurs occupations sans par la suite présenter de nouveaux accidents.

Malgré leur bon état apparent, il faut continuer à surveiller ces malades. Il faut les obliger à une hygiène aussi rigoureuse que possible et, si leur situation sociale le permet, leur conseiller de faire tous les ans un long séjour à la campagne.

Nous ne pensons pas qu'aucune station maritime ou autre soit particulièrement indiquée : ce qu'il faut surtout c'est du bon air et un climat égal.

Telles sont les quelques considérations sur lesquelles nous avons cru devoir insister : elles peuvent sembler manquer d'intérêt, mais les faits sont là pour montrer

combien ce traitement est utile, et c'est par une combinaison judicieuse de la chirurgie et du traitement médical que nous guérirons nos malades.

CONCLUSIONS

I. — La tuberculose tubaire est une affection assez fréquente : 8 à 10 % des annexites sont d'origine tuberculeuse.

II. — Parmi les facteurs étiologiques, il faut accorder une grosse importance aux états hypoplasiques de l'appareil génital.

III. — Il semble, qu'au niveau de la trompe, « la gonococcie ne fasse pas le lit de la tuberculose ».

La trompe tuberculeuse a exceptionnellement un passé puerpéral, presque jamais un passé blennorragique.

IV. — Les nombreuses formes de salpingite tuberculeuses se rattachent à deux tendances connues de la tuberculose : une tendance caséuse (salpingite caséuse, abcès froid, pyosalpinx), une tendance fibreuse (salpingites atrophiques ou hypertrophiques, hydrosalpinx).

Ces formes fibreuses propagées au péritoine constituent les formes fibro-plastiques.

V. — Malgré le retentissement péritonéal, souvent énorme, les formes fibro-plastiques n'atteignent que rarement les organes voisins, d'une façon profonde.

L'ovaire présente rarement des lésions histologiquement tuberculeuses; par contre il est exceptionnellement normal : on en constate le plus souvent la dégénérescence microkystique ou l'atrophie scléreuse.

VI. — Il n'y a pas de signe pathognomonique de la salpingite tuberculeuse. Mais il y a souvent un ensemble de symptômes qui permet de poser le diagnostic (signes d'annexite chez une jeune fille vierge ou une jeune femme sans passé génital; développement insuffisant; hypoplasie génitale, antécédents héréditaires ou personnels suspects de tuberculose; température normale ou très peu élevée; surtout amaigrissement rapide prononcé, sans cause apparente.

VII. — Les formes fibro-plastiques ont une évolution lente, torpide. Elles constituent une forme de tuberculose atténuée. Non opérées, elles n'aboutissent qu'à la mort au bout d'une très longue période de complications.

Contrairement aux autres tuberculoses locales, leur terminaison habituelle est une localisation pulmonaire. La méningite est exceptionnelle.

VIII. — Le traitement médical exclusif est insuffisant.

Le traitement chirurgical exclusif donne d'excellents résultats immédiats, mais laisse subsister le danger de complications tardives.

Pour obtenir des guérisons durables il faut associer judicieusement les deux traitements.

Le traitement chirurgical vise à l'extraction complète des foyers tuberculeux, « en vase clos », sans

ensemencement des organes voisins, ni de la paroi. Il faut donc renoncer aux opérations pratiquées par la voie vaginale, ainsi qu'aux opérations conservatrices pratiquées par voie haute.

L'hystérectomie subtotalé sans drainage est l'opération de choix.

Le traitement médical doit suivre immédiatement l'opération. Il demandera peu aux médicaments, et beaucoup au grand air et au soleil.

Vu : Bon à imprimer :	Vu et PERMIS d'imprimer :
<i>Le Président de Thèse,</i>	<i>Le Recteur de l'Académie de Paris,</i>
BRINDEAU.	APPEL.

Vu :
Le Doyen,
ROGER.

BIBLIOGRAPHIE

- ABADIE. — *Soc. Chir. Paris*, 1911. Contr. à l'ét. de la tub. génit. chez la femme.
— *Gynécologie Paris*, 1912. 2 formes de tub. gén. chez la femme.
ALBERTIN. — *Lyon Chir.*, 1908. Des abcès froids tubaires.
— *Lyon Méd.*, 1911. Grossesse tubaire et tub. annexielle.
ALBERTIN et ROUGET. — *Soc. Sc. Méd. Lyon*, 1912. Volum. abcès froid de l'ov.
ALLEAUME. — *Th. Paris*, 1908. Rapports de la tub. gén. avec les malformations et les tumeurs de l'app. génital.
AMANN. — *Cong. int. de gyn. et obst. de Rome*, 1902.
P. ANCEL et F. VILLEMIN. — *Soc. Biol.*, 20 juil. 1907. Sur la cause de la menst.
P. ANCEL et BOUIN. — *Journ. de Physiol. et Pathol. gén.*, 15-1-1910. Recherche sur la fonct. du corps jaune gestatif.
ARCHAMBAULT. — *Gaz. Hôp.*, 1907, p. 305. Tub. de la trompe et fibromyome tuberculisé.
ARRIVAT. — *Th. Montpellier*, 1913. A propos d'un cas de tub. annexielle.
BAISCH. — *Arch. gyn.*, 1908, LXXXIV. Résultats éloignés du trait. de la tub. gén. et péritonéale chez la femme.
BARDELEBEN. — *Congrès intern. de la tub.*, 1912. Trait. chir. de la tub. gynéc.
BÉGOUIN. — *Journ. Méd. Bordeaux*, 1905. Annexite et péritonite tub. Faits de guérison par simple laparatomie.
BÉGOUIN. — *In Précis de Pathologie chirurgicale*, 1920, pp. 442 et 445.
W.-B. BELL. — *The Journ. of t. Amer. Med. Assoc. (Chicago)*, 1921, analysé in *Presse Médicale* n° 103. Trait. chir. des lésions de l'app. gén. de la f. dans les infect. chro.
BÉRARD. — *Lyon Médical*, 1913. Castration pour tuberc. annexielle.
BÉRARD et RONOT. — *Lyon Méd.*, 1912. Hélioith. d. la tub. périt. et gros pyosalpinx tub.
BERKELEY. — *Journ. of obst. and gyn. of the British Empire*, janv. 1903.
BERNHEIM. — *Belgique Méd.*, 1900, n° 38. Tub. prim. des org. gén. de la f.
J.-M. BERTRAND. — *Th. Lyon*, 1908. Des abcès froids tubaires.
BILIG. — *Th. Montpellier*, 1914. Cont. à l'ét. de la tuberc. annexielle.
BONNAUD. — *Th. Lyon*, 1913. Cont. à l'ét. d'opérat. conserv. d. l. tuberc. annex.
BOUILLY. — *Sem. Gyn.*, 1893. De l'ascite des jeunes filles.

- DE BOVIS. — *Sem. Méd.*, 1913. Le Trait. des salpingites tuberculeuses.
- P. BROUARDEL. — *Th. Paris*, 1865. De la tub. des organes génit. de la femme.
- CAZENEUVE. — *Th. Montpellier*, 1901. De la tuberculose des annexes.
- M. CHAUFONT. — *Th. Paris*, 1905. La tuberculose annexielle.
- CORNIL. — *Jour. des Connaissances médicales*, 1888.
- COTTE. — *Gaz. Hôp.*, 1909. Dysménorrhée d'origine tuberculeuse.
- COUSYN. — *Th. Paris*, 1903. Etude de la tub. de l'utérus et de ses annexes.
- CULLEN. — *Canada Lancet.*, 1903.
- CUTURI. — *Ann. d. mal. d. org. gén. ur.*, 1910. Etude expérim. sur le mode de propagat. de la tub. des trompes au rectum et à la vessie.
- DALCHÉ. — *Rev. gén. de Chir. et de Thér.*, Paris, 1911. Tub. de l'ap. gén. d. l. f.
- DAREMBERG. — *Arch. gén. de Méd.*, 1880. Fonction menstruelle et phtisie.
- DAURIOS. — *Th. Paris*, 1889. Cont. à l'ét. de la tub. de l'app. gén. de la femme.
- DELORE. — *Soc. Chir. Lyon*, 1912. Double kyste tubo-ovar. sans passé génital.
- DELORE et CHALIER. — *La Tuberculose génitale*, 1920, éditée chez G. Doin.
- LE DENTU. — *Sem. gyn.*, 1901, n° 17. Tuberculose annexielle.
- LE DENTU et DELBET. — *Gynécologie*, 1916.
- DERVAUX. — *Th. Paris*. Tub. gén. de la f. et ses complicat. péritonéales.
- DESGOUTTES et OLIVIER. — *Lyon Méd.*, 1913. Rôles d. lés. intest. d. le pron. opér. d. annexites tub.
- DUPLAY-ROCHARD et DESMOULINS. — *Diagn. chi.*, 1924, pp. 621, 639, 644, 650.
- DURAND. — *Soc. Sc. Méd. Lyon*, 1912. Obs. d'un abcès froid tubaire opéré.
- J.-L. FAURE. — *Congrès internat. de gyn. et de l'obst. de Rome*, 1902.
- J.-L. FAURE et SIREDEY. — *Traité de gyn. méd.-chirurgicale*, 1914.
- FELLENBERG. — *Thèse Zurich*, 1901.
- FERNET. — *Mulletin Soc. Méd. Hôp.*, 1884.
- FORGUE-CHAUVIN. — *Revue chir.*, 1919. La tub. du kyste de l'ovaire.
- FORGUE-MASSABUEAU. — *In Nouveau Traité de chirurgie*, 1916.
- FUMEAUX-JOURDAN. — *Brit. Gyn.*, 13 oct. 1904. Double pyosalpinx tubercul.
- GIRAUD. — *Th. Paris*, 1865. De la tub. des org. gén. de la femme.
- GOROWITZ. — *Th. Paris*, 1900. De la tub. gén. chez la femme.
- GUILLEMEN. — *Revue de Chir.*, 1894. 13 observations de tub. tubaire.
- JABOULAY et PATEL. — *Soc. Chir. Lyon*, 1905. Pyosalpinx tuberc. bilatéral.
- JAMIN et VIOLET. — *Lyon Méd.*, 1904. Quelq. cas de tub. gén. chez la femme.
- F. JAYLE. — *Presse Méd.*, 1913. La tuberculose des trompes.
- JAYLE et Y. BERTRAND. — *Presse Méd.*, 1917. Des pseudo-granulations tuberc.
- JEANNEL. — *Cong. p. l'avanc. des sc.-scession de Toulouse*, 1887. Pyosalp. tub.
- L. DE JONG. — *Rev. de la tuberculose*, 1914-XI. Tuberculose annexielle.
- R. KELLER. — *Arch. F. gyn.*, xcviij, 1912. 2 cas de tub. tubaire primitive.
- LABADIE-LAGRAVE-LEGUEN. — *Traité méd.-chir. de gynécologie*.
- LABHARDT. — *Zurt. für geb. und gyn.*, 1912. Cont. à l'ét. de la tub. gén. et pér.
- LAPEYRE. — *Congrès intern. de la tub.*, 1912. Trait. de la tub. gén. de la f.
- LAURENCE. — *Jour. des praticiens*, 1919. Tuberculose génitale.
- A.-W. LEA. — *North of England obst. a. gyn. Society*, 1905. Tub. des trompes.
- LENORMANT. — *Progrès médical Paris*, 1909. La tub. génit. de la femme.
- LE ROY BR WN. — *American Journal of obstetric*, 1909, p. 812.

- LEURET. — *Th. Paris*, 1904. Etude clin. sur les rapp. de la pér. tub. gén. d. l. f.
- LOICANOS. — *Arch. F. gyn.*, 1911-XCIII. Sur la tub. des annexes de l'utérus.
- LORRAIN et BLOT. — *Soc. Anat.*, 1921. Tub. de l'utérus et des trompes.
- LUCY. — *Journ. of obst. and gyn. of the British Empire*, janv. 1907.
- MAC CANN. — *Journ. of obst. and gyn. of the British Empire*, 1908.
- MARTIN. — *Thèse Lyon*, 1904. De la salpingite tuberculeuse.
- MARTIN. — *The Journal american Association*, 1908. Genitale tuberculosis.
- CH. MATHIEU. — *Thèse Paris*, 1900. Cont. à l'ét. de la périannexite tubercul.
- MAUCLAIRE. — *Revue intern. de la tub.*, Paris, 1912. Tubercul. génit. de la f.
- MÉNÉTRIER. — *Soc. anat.*, 1889. Endométrite et salpingite tuberculeuse.
- MONPROFIT. — *Th. Paris*, 1888. Salpingites et ovarites.
- MOORE. — *Surgery gyn. a obst.* Tuberculose génitale.
- MORDRET. — *Th. Paris*, 1890. Etude anat. path. sur les salpingo-ovarites.
- MOSLER. — *Th. Breslau*, 1883.
- MOUCHER. — *Rev. de Paris*, 1906-7. Influence de la menstr. sur la tub. pulm.
- MOUCHOTTE. — *Revue française de gynécologie et d'obstétrique*, oct. 1920.
- MULLER. — *Arch. f. gynaäk.*, 1920-CXII. La tub. génit. de la femme.
- MURPHY. — *Chicago surgical Society*, 1903. Tuberc. of the female genitalia and peritoneum.
- OLIVIER. — *Th. Lyon*, 1912. Le trait. de la tub. annexielle. Résultats éloignés.
- ORTHMAN. — 1895. Beitrage zur kenntniss der primarem Eileiter Tuberculose.
- PATEL. — *Ann. de gynec.*, 1912. Trait. de la tuberc. génit. de la femme.
- *Soc. chir. Lyon*, 1920. 2 abcès froids tubaires successifs.
- PATEL et MURARD. — *Soc. Sc. Méd.*, 1912. Bacillose ovar. sim. une gross. tub.
- PATEL et OLIVIER. — *Rev. gyn. et chir. abdom.*, 1913. Thérap. conserv. ds le trait. de la tuberc. annex.
- PESTALLOZA. — *Congrès intern. de la tub.*, 1912. Trait. chir. de la tub. génit. chez la femme.
- PERWSNER. — *Th. Lyon*, 1913. Productions kyst. de l'ov. liées à la tuberc.
- POLLOSON et VIOLET. — *Lyon chir.*, 1913. Prod. kyst. de l'ov. liées à la tub.
- PONCET et LERICHE. — *Acad. méd.*, 1910. Tuberc. inflamm. de l'ut. et ses annex.
- *Lyon chir.*, 1914. Rôle de la tub. dans la prod. des néoform. kystiques.
- POZZI. — *Traité de gynécologie*.
- F. DE QUERVAIN. — *Traité de diagn. chirurgical*, 1920, p. 298.
- A. RÉMILLY. — *Th. Paris*, 1920. 32 observ. de fem. opérées pour tub. génit.
- F. RÉMY. — *Th. Lyon*, 1905. Des kystes de l'ovaire tuberculeux.
- M. RENAUD. — *Soc. anat. Paris*, 1909. Tuberc. génitale et péritonéale.
- E. REYMOND. — *Th. Paris*, 1895. Cont. à l'ét. de la Bactér. et Anat. Pathol. des salpingo-ovarites.
- REYNIER. — *Soc. chir.*, 1905. Tuberculose utéro-annexielle.
- *Sem. gyn. Paris*, 1912. Tuberc. de l'app. tubo-ovarien de la femme.
- RICHE. — *Gaz. Hôpit.*, 1893. De la salpingite tuberculeuse.
- RIVES. — *Th. Montpellier*, 1909. La tuberc. des annexes de l'utérus.
- ROUTIER. — *Th. Paris*, 1909. Tub. d. org. génit. de la femme d'orig. ascend.
- DE ROUVILLE. — *Montpellier médical.*, 1913. 3 cas de tuberc. annexielle.
- SALLE FORRAZ. — *Gaz. Hôp.*, 1912. Tuberc. annexielle.
- SARKISAN. — *Soc. anat.*, 1902. 1 cas de salpingite tuberculeuse.

- SCHAKOFF. — *Th. Genève*, 1913. Cont. à l'ét. de la tub. d. org. génit. d. la f.
- SELHEIM. — *Congrès de Carlsbad*, 1902.
- SIMMONDS. — *Analyse in Presse Méd.*, 1909. Tuberc. génit. chez la femme.
- T. SILVESTRI. — *In Presse Méd.*, 1920. Appendicite et tuberculose.
- SPOETH. — *Thèse Strasbourg*, 1885.
- TAVERNIER. — *Soc. Chir. Lyon*, 1905. Tuberc. utéro-annexielle.
- TAVERNIER et CHALIER. — *Soc. Sc. Méd. Lyon*, 1914. Fistule utéro-vag. au cours d'une tub. ut. ann.
- TERRILLON. — *Bull. méd.*, 1889. Salpingite tuberculeuse.
- THIERCELLIN. — *Soc. anat.*, 1889. Tub. prim. des trompes, col, corps conséct. à un avortem.
- TIXIER. — *In Précis de Pathologie chirurgicale*, 1920-1, 863.
- O. TODORSKY. — *Th. Montpellier*, 1913. La tuberculose de l'ovaire.
- TONISON. — *Journal Akoucherstva i jeukisch boleznei*, 1904. In Rev. Gyn. 1906.
- VANVERTS et PAUCOT. — *Echo médic. Nord*, 1911. A propos de l'abc. fr. tub.
- VERNEUIL. — *Th. Paris*, 1880. Des lésions des organes génit. chez les tuberc.
- VINCENT. — *Lyon méd.*, 1900. Métrorragies symptomatiques.
- VIOLET. — *Lyon méd.*, 1897. Annexite tub. et fistule de la paroi abdom.
- VIOLET et CHALIER. — *Revue gyn.*, 1909. De l'ouverture spontanée dans la vessie de pyos. tuberc.
- VOLLE. — *Th. Lyon*, 1908. De l'ouverture spontan. de la vessie des abcès pelviens tuberc. d'origine génitale chez la femme.
- WAGNER. — *Cong. intern. de la tub.*, Rome, 1912. Trait. chir. de la tub. génit.
- WIELLAND. — *Th. Fribourg*, 1894.
- WILLIAMS. — *Pahn. Hopkn's. Hosp. Reports*, 1894.
- WOLFF. — *In Sem. Méd.*, 1913. Sur 82 cas de tub. gén. et périt. (Heidelberg).

